Rok XLV. Kraków 2 Czerwca 1906. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy[1]).

Napisał
Dr Zenon Grossek
lekarz okręgowy w Głogowie (Galicya).

Badania ostatnich 25 lat przyniosły wiekopomne odkrycia, dotyczące etyologii chorób zimniczych; natomiast epidemiologia zimnicy, przedtem wielokrotnie z powodzeniem uprawiana, w ostatnich czasach popadła nieco w zaniedbanie. Wiele przyczyniła się do tego ta okoliczność, iż skoro nauka odkryła pasorzyty zimnicze, ich sposób życia i rozwój, panowało powszechne oczekiwanie chwili, gdy będzie można zużytkować nowo poznany dział patologii i nowo odkryte metody rozpoznawcze do badań epidemiologicznych. Kiedy przeto A. Laveran w r. 1897 i 1898[2]) przypomniał dawniejsze wyniki, świat naukowy przyjął głos jego obojętnie, gdyż uczuwano potrzebę stwierdzenia i kontroli tych badań przy pomocy nowo zdobytych naukowych podstaw. Dla osiągnięcia tego celu zorganizowano „niemieckie wyprawy naukowe dla zbadania zimnicy“ w roku 1898 i 1899, dokonywane z wielkim nakładem pracy i kosztów pod kierunkiem Roberta Kocha. Istotnie też z tych wypraw przywieziono potwierdzenie wielu dawniejszych spostrzeżeń, dotyczących zarówno etyologii, zapobiegania i leczenia, jakoteż i epidemiologii zimnicy.

Z drugiej strony wyprawy te dowiodły, iż nie można spodziewać się, aby spostrzeżenia epidemiologiczne na większych masach ludności mogły już rychło dokonywać się z użyciem mikroskopowego badania krwi każdego przypadku zimnicy. Widzieliśmy bowiem, że cała ta wyprawa, złożona z kilku osób, z pomocą włoskich badaczów, przy największem wytężeniu pracy, zdołała w przeciągu 3 miesięcy (w Grosseto) zbadać 408 chorych[3]), a tymczasem w większych zbiorowiskach ludności chorych bywa znacznie więcej, n. p. w Rzymie w r. 1894 zgłosiło się do szpitali w przeciągu miesiąca sierpnia 1298 chorych zimniczych, a któż wie, ile jeszcze nadto osób współcześnie chorowało w okolicach Rzymu w domach prywatnych? — Ścisłe zaś badania całej ludności ze względu na pasorzyty zimnicze mogły być dokonane zaledwie w kilku małych malajskich osadach, a trudności takiego badania piętrzą się w okolicach gęsto zaludnionych i zwłaszcza nie można przewidzieć, czy nastąpi kiedykolwiek możliwość, iżby w czasie silniejszego panowania zimnic we większych środowiskach ludności w Europie można było dokonać badania klinicznego wraz z dokładnem zbadaniem mikroskopowem krwi u każdego mieszkańca okolicy zapowietrzonej w celu otrzymania zupełnie ścisłych dat o chorobliwości, zejściach, śmiertelności zimnic i t. d. A dopóki to nie nastąpi, musimy szukać innych kryteryów i innych metod, aby choć w przybliżeniu utworzyć zarys epidemiologiczny europejskiej zimnicy.

Nie rozporządzając, jak zagraniczni badacze, ani żadną pomocą, ani środkami, mogłem prowadzić badania zimnicy w skromnych rozmiarach w małym zakątku naszego kraju, t. j. w okręgu Moszczańskim powiatu Jarosławskiego, a przekonawszy się, że wyniki ich z dostępnemi mi spostrzeżeniami dawniejszych i nowszych badaczów zgadzają się, a poniekąd je uzupełniają, postanowiłem ogłosić je drukiem przedewszystkiem w tym celu, aby zwrócić uwagę ogółu na tę chorobę groźną i zjadliwą, a zazwyczaj u nas niedocenianą[4]).

Zimnica bowiem, występująca często pod postacią trudnych do rozpoznania klinicznego objawów, a odznaczająca się pomiędzy innemi chorobami wielkim odsetkiem zachorowań, ma w patologii zupełnie odrębne stanowisko. Gdy inne choroby, n. p. gruźlica, nawiedzają i tępią przeważnie osobniki z natury słabsze, to zimnica, gdy zapanuje, nawiedza wszystkich jednakowo; często nawet liczniej zapadają na nią osoby zdrowe i silne, jako więcej narażające się na sposobność zakażenia. Wrażliwość na zakażenie zimnicą jest powszechna, a wrodzona odporność, jeżeli wogóle istnieje, to należy do zjawisk wyjątkowo rzadkich. W czasie epidemii ulegają tej chorobie dorośli, o ile nie mają odporności nabytej, i prawie wszystkie (podług Kocha blisko 100%) dzieci, wiele z nich umiera, te zaś, które pozostają przy życiu, ulegają wskutek zmian we krwi, w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i t. d. upośledzeniu rozwoju i tak wyrasta pokolenie skarłowaciałe, mniej odporne na inne wpływy szkodliwe.

[1]) Rozdział wstępny obszerniejszej pracy p. t. „Zimnica w Galicyi. Studyum epidemiologiczne“

[2]) Zwłaszcza w dziele p. t. „Traité du paludisme“ 1898.

[3]) Jak zaś żmudnem bywa to badanie, dowodzą znane przypadki Ziemanna i Cronquista, w których ci badacze dopiero w 49-tym lub 50-tym preparacie krwi znaleźli pasorzyty zimnicze, służące do rozpoznania choroby.

[4]) Miło mi na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie memu koledze z uniwersytetu, a obecnie tegoż uniwersytetu profesorowi, dr Stanisławowi Ciechanowskiemu, za zachętę i poparcie w tej pracy, za sporządzenie dla mnie za łaskawem zezwoleniem dyrektora Zakładu anatomii patologicznej w Krakowie, profesora dr Browicza, wypisów przypadków sekcyjnych czernicy z tego Zakładu, a nadto za ułatwienia w uzyskaniu potrzebnej literatury. Zarazem dziękuję Panu J. Kozubskiemu za pomoc w poszukiwaniach bibliotecznych, oraz prof. dr Aleksandrowi Rosnerowi, lek. pow. dr Janowi Danielskiemu i tym wszystkim kolegom, którzy życzliwie przyczynili się do doprowadzenia do skutku niniejszej pracy.

Wymienione okoliczności uzasadniają słuszność twierdzenia znakomitego Laverana: „Dans les pays palustres ce n'est pas seulement l'individu, qui est menacé, c'est la race elle-même“. Stąd pochodzi znaczenie dziejowe, kulturalne i ekonomiczne zimnicy: ona to wyludniając olbrzymie obszary tworzy najważniejszą przeszkodę w aklimatyzacyi rasy białej w okolicach podzwrotnikowych [5]), ona stanowi główną przyczynę upadku Włoch [6]), w niej upatruję jednej z ważniejszych przyczyn ubóstwa Galicyi.

Drobne pasorzyty zimnicze należą do najgroźniejszych wrogów ludzkości wogóle, a niemniej i naszego kraju; skrycie nachodzą ludzi, żywią się ich krwią, jak bajeczne wilkołaki i upiory, a corocznie pochłaniają na kuli ziemskiej niewątpliwie więcej ofiar, niż zachcianki najsroższych tyranów, niż najkrwawsze wojny, niż kataklizmy przyrody, i prawdopodobnie więcej, niż każda inna choroba zakaźna [7]).

Z tych przeto względów walka z tym mikroskopijnym wrogiem należy do ważnych spraw bytu plemienia ludzkiego.

Choroby zimnicze są to choroby zakaźne, których zarazki, należące do pierwotniaków, wiodą życie płciowe w ciele komarów, a pewne ich postacie rozwojowe (sporozoity) przez ukłucie tych owadów z ich śliną dostają się do ranki w ciele ludzkiem i do krwi, pasorzytują w ciałkach czerwonych i licznie bezpłciowo się rozmnażają, przez co wywołują zmiany chorobowe i objawy kliniczne, objęte nazwą zimnicy *(malaria)*.

Miano zimnicy ogarnia trzy odrębne jednostki chorobowe, cechujące się właściwemi odmianami pasorzytów [8]), jakoteż odmiennym przebiegiem klinicznym i rokowaniem, mianowicie odróżniamy:

1) zimnicę trzeciaczkę łagodną;

2) zimnicę czwartaczkę łagodną;

3) bagiennicę w ściślejszem tego słowa znaczeniu (Goldschmidt [9]), *febris aestivo-autumnalis* autorów włoskich [10]).

Wszystkie trzy postacie chorobowe szerzą się zwłaszcza pośród ludności rolniczej: rolników, ogrodników, pasterzy, leśników, myśliwców; pośród pracowników ziemnych i wodnych: drogowych, kolejowych, fortecznych, kopaczy stawów i kanałów, rybaków i flisaków, robotników portowych, melioracyjnych, wreszcie śród wojska. W czasie gwałtowniejszych epidemii nachodzą wszystkich mieszkańców danej okolicy, nie oszczędzając żadnego stanu, ani zawodu, i tylko mieszkańcy większych stolic, nie wydalający się poza miasto, są stosunkowo najlepiej (lecz nie zawsze) zabezpieczeni od zakażeń zimniczych.

Epidemie, złożone z przypadków wyłącznie jednej postaci zimnicy, przydarzają się rzadko. Mianowicie są opisane czyste epidemie trzeciaczki łagodnej w Warszawie (około r. 1895, W. Dąbrowski), w Lubieniu Wielkim (1902, K. Wernicki), w Middelburgu (1899, J. J. Berdenis van Berlekom), w Krommenie (1900 i 1901, H. J. M. Schoo), we Wiedniu (około r. 1890, J. Mannaberg); czysta epidemia czwartaczki łagodnej w Gebbia Liberto obok Fiumefreddo (Calandruccio), prawie czysta bagiennica na płaszczyźnie Joss w Kamerunie (około r. 1900, A. Plehn [11]). Najczęściej szerzą się wszystkie trzy rodzaje zimnic razem, lecz wzajemny stosunek względnej częstości każdej odmiany bywa różny w rozmaitych miejscach, a w tem samem miejscu bywa też rozmaity w różnych latach, a nawet zmienia się zależnie od pór roku. Również ogólne nasilenie chorobliwości zimniczej (zwłaszcza śród dorosłych) bywa niejednostajne, w pewnych latach większe, — a wówczas zimnica rozszerza się nawet w miejscowościach, zwykle od niej wolnych —, w innych latach mniejsze; epidemia wygasa zupełnie po dokonaniu prac melioracyjnych, po usunięciu stojących wód i bagien, ale niekiedy wygasa w okolicach, szerzeniu się zimnic sprzyjających, bez znanej przyczyny na dziesiątki lat, a potem pojawia się na nowo. Znanem jest także występowanie sporadycznych przypadków zimnicy (Reckzeh).

Morfologię i biologię pasorzytów zimniczych wyłączam z zakresu niniejszej pracy. Natomiast podam w krótkości podług nowszych badań charakterystykę kliniczną zimnic, kładąc nacisk na różnice pomiędzy ich odmianami, a to

---

[5]) O. Schellong w Weyla „Hdbch. der Hyg.“ tom I, str. 349 mówi: „Alle tropenhygienischen Erörterungen haben daher, soweit sie einen Einfluss auf die Akklimatisation des Europäers ausüben wollen, vorzugsweise nur die Lösung des Malariaproblems zu verfolgen“.

[6]) Angelo Celli pisze: „Zdanie Pliniusza, że latyfundya spustoszyły Włochy *(latifundia Italiam perdidere)*, powinno właściwie brzmieć: zimnica spustoszyła Włochy i pustoszy jeszcze obecnie“.

[7]) Podług Hirscha w indyjskiej prowincyi Madras zmarło na zimnicę w latach 1868—1871: 105,692, 132,346, 151,027 i 193,398 ludzi, w całych Indyach podług Faryera i Mannaberga w r. 1892 około 3 miliony. Mapa rozprzestrzenienia zimnicy, podana przez Mannaberga, uwidocznia olbrzymie rozszerzenie tej morderczej choroby i pozwala domyślać się, jak wielka jest roczna strata ludzi, przez nią wywołana. — O. Schellong l. c. str. 340—347 podaje także uwagi godne szczegóły o śmiertelności z zimnicy.

[8]) Sprawa pluralizmu pasorzytów zimniczych wydaje się ostatecznie załatwioną od chwili wykrycia rozmaitości form płciowych stale dla każdej z trzech odmian pasorzytów odmiennych. Pluralizm ma za sobą nadto: stałość objawów, przebiegu, rokowania, zejścia, epidemicznego pojawiania się i geograficznego rozmieszczenia każdej odmiany zimnicy. Natomiast teorya jedności pasorzytów nie zgadza się dobrze z ogółem znanych faktów, a na poparcie jej zwolennicy wyszukują rzadkie, wyjątkowe zjawiska, które łatwo wytłómaczyć można zakażeniem wielokrotnem lub mieszanem, tak jak je znajdowali Thayer i Hewetson, Koch, Kunst i inni. Gdyby zaś nadspodziewanie udało się komu udowodnić, iż te odmiany pasorzytów mogą się jedna w drugą przemieniać, to przecież odkrycie to miałoby wartość głównie teoretyczną, nauki zaś praktyczne, zwłaszcza epidemiologia, musiałyby nadal pozostać przy rozróżnianiu trzech odrębnych postaci zimnicy, podobnie jak bywa odróżnianą gruźlica płuc i toczeń (lub n. p. zastrzał *[panaritium]* i zanokcica *[paronychia]*, pomimo iż te odmienne choroby bywają wywołane przez takie same pasorzyty.

[9]) 1845 r.: „Ich muss noch die Bemerkung zufügen, dass man das maligne Sumpfwechselfieber und das einfache Wechselfieber durchaus von einander unterscheiden muss“.

[10]) Postać tę zimnicy większość badaczów nazywa obecnie zimnicą podzwrotnikową *(malaria tropica)*. Nazwa ta jednak jest niewłaściwą dla choroby, szerzącej się gwałtownie dookoła morza Śródziemnego, pod 50° szer. półn. wielokrotnie mikroskopowo wykazanej, a w niektórych epidemiach zimniczych jeszcze dość licznej co najmniej do 54° szer. półn. Niestosowna nazwa wiedzie często mimowoli do fałszywych pojęć i wniosków epidemiologicznych i do błędnych rozpoznań klinicznych. W polszczyźnie można z korzyścią użyć dawnej, obecnie zarzuconej prawie nazwy „bagiennica“, by nią wyłącznie oznaczać ściśle pojęcie *febris aestivo-autumnalis, Sumpfwechselfieber*.

[11]) „Die Ergebnisse der neuesten Forschungen auf dem Gebiet der Malariaepidemiologie“. Archiv der Hygiene, 1904 Tom 49. Na str. 38 podaje autor, iż na kilka tysięcy przypadków badania krwi u zimniczych w ciągu 8 lat tylko 5 razy znalazł duże pasorzyty trzeciaczki łagodnej, w tem 2 razy u osób, które się stamtąd wydalały.

z tego powodu, że tylko objawy kliniczne mogą być sprawdzianem do określenia i rozróżnienia pojawiania się tych odmian w przeszłości i do oceny świadectw historycznych o tej chorobie z czasów, gdy jeszcze pasorzyty nie były znane.

Otóż dwie pierwsze postacie zimnicy, łagodna trzeciaczka i czwartaczka, odznaczają się torem gorączkowym zazwyczaj przerywanym, napady występują w prawidłowych odstępach czasu (co 48, wzgl 72 godzin) i mają prawidłowy, typowy przebieg: napad rozpoczyna się wyraźnym dreszczem (w 97·2% przypadków podług Thayera i Hewetsona), po którym następuje krótki, kilkugodzinny okres gorączkowy i poty. Obok tego znajdujemy zazwyczaj spory obrzęk śledziony i ziemiste zabarwienie skóry. Zmiany te ustępują łatwo przy leczeniu chininowem.

Zimnice łagodne powodują dość często tak zwane napady utajone (*malaria larvata*), z objawami ze strony narządu nerwowego (nerwobole) lub pokarmowego. Wikłają się te postacie zimnic z wszelkiego rodzaju chorobami ostremi i przewlekłemi, przez co wpływają obciążająco na ich przebieg i rokowanie. Gdy dłużej trwają wcale nie leczone, lub leczone niedostatecznie, albo też gdy ponowne zakażenia pasorzytami jednego rodzaju powtarzają się kilkakrotnie u tego samego chorego, wówczas wytwarza się obraz zimnicy przewlekłej, a przy dłuższem jej trwaniu lub częstszych nawrotach, — przewlekłe zapalenie nerek i skrobiawica narządów [12]).

Trzecia postać zimnicy, bagiennica właściwa taka, jak jej obraz kliniczny wyłania się z badań najnowszych, była już opisaną na wiele lat przed odkryciem i rozgatunkowaniem pasorzytów zimniczych, jako odrębna i jednolita postać chorobowa. Szczególnie zwraca uwagę opis Warschauera krakowskiej epidemii zimniczej z r. 1853; autor nie pominął w nim ani jednego znamienia charakterystycznego bagiennicy i do zupełnej zgodności z nowoczesnymi opisami „zimnicy podzwrotnikowej“ *(malaria tropica)* lub „gorączek, wywoływanych przez pasorzyty półksiężycorodne“ (Mannaberg) brakuje Warschauerowi jedynie tylko opisu tych pasorzytów [13]).

Wyróżniające cechy bagiennicy są następujące:

I. Tor gorączkowy jest rozmaity, często u tego samego chorego zmieniający się; spotykamy przypadki z torem codziennym, trzeciaczkowym, czwartaczkowym [14]), 5-, 6- i t. d., 11- i 23-dniowym i t. d.; często tor bywa niejednostajny (nieprawidłowy, *typus irregularis*), jakoteż gorączka zwalniająca i ciągła [15]).

II. Dlatego w statystyce przypadków z przewagą bagiennicy znajdujemy większą względną ilość przypadków z torem codziennym, nieregularnym, gorączką zwalniającą i ciągłą, aniżeli w statystyce przypadków z przewagą zimnic łagodnych.

III. Typowym dla bagiennicy jest tor trzeciaczkowy przedłużony: wysoka gorączka z małem zwolnieniem trwa 20—40 godzin, poczem następuje 8—12(—28) godzinny stan bezgorączkowy. Już Celsus opisuje ten tor i dodaje: *it genus plerique medici* ἡμιτριταῖον *apellant*. Marchiafava i Bignami wprowadzili dla tego toru nazwę: *typus tertianae malignae*.

IV. Bagiennica zaczyna się często kilkodniową gorączką zwalniającą lub ciągłą, albo też po kilku napadach o torze przerywanym następuje gorączka zwalniająca lub ciągła, kilka dni trwająca, która zazwyczaj po użyciu chininy przechodzi w tor przepuszczający.

V. Napady bagiennicy rozpoczynają się nie dreszczem, lecz nieznacznem ziębieniem (w 71·4% przypadków podług Thayera i Hewetsona); często nawet i ziębienia wcale nie ma.

---

[12]) Że zmiany w nerkach, a zwłaszcza skrobiawica narządów bywa następstwem zimnic łagodnych, wnosimy stąd, iż związek tych chorób spotykają często autorowie, spostrzegający zimnicę w krajach północnych (Hjelt, Axel Key, Frerichs, Duchek, Falęcki, Korczyński, Schramm, Rokitansky i inni, materyał krakowskiego zakładu anatomii patologicznej według dostarczonych mi wypisów), gdy przeciwnie badacze zimnicy w krajach gorących skrobiawicę w następstwie zimnicy spostrzegają rzadko, lub wcale jej nie spostrzegają. Bezpośrednich spostrzeżeń lekarskich o rozwoju chorób następowych z zimnic łagodnych nie ma i nie możemy wymagać, aby były, ponieważ w tym celu należałoby cały szereg chorych spostrzegać klinicznie miesiącami i latami, badać krew, ewentualnie wykonywać sekcye, nie podając im chininy, tak łatwo leczącej chorobę, i zapobiegającej dalszym jej groźnym skutkom. Póki nie znajdą się ochotnicy do tego rodzaju doświadczeń, nie mających zresztą praktycznego celu, musimy zadowolnić się prawdopodobnemi przypuszczeniami. Uwaga ta stosuje się do wielu innych spraw, dotyczących zimnicy w czasach dawniejszych. Nasze pojęcia o niej musimy nieraz uzupełnić hypotezą, ponieważ zarówno dokonana asanacya, jak i wydoskonalone i ułatwione leczenie nigdy i nigdzie już zapewne (bynajmniej zaś pod kontrolą lekarską) nie dozwolą na nagromadzenie się warunków, sprzyjających intenzywnemu i ekstenzywnemu wybujaniu zimnicy w tych rozmiarach, jakie przybierała dawniej.

[13]) Profesor uniwersytetu wileńskiego Józef Frank w dziele p. t. *„Praxeos medicae universa praecepta“* Lipsk 1829. Tom I, Część 1, str. 297—300 (w przypisku) podaje również wierny opis bagiennicy, przydarzającej się na Mołdawii, Wołoszczyźnie, w Bessarabii, Krymie i na Węgrzech, a nazywanej *„Hemitritaeus Daciae“*. Frank pisze, iż przekonał się, że choroba ta nie stanowi odrębnego rodzaju, lecz powinna być zaliczoną do zimnic. „Plurimi medici experti, qui diu in Dacia praxin exercuerunt, de intermittente illius hemitritaei indole me certiorem reddiderunt. Praeterea ipse reliquias hujus morbi saepius Vilnae inter centuriones militum, qui ad exercitum Moldavicum spectarunt, observavi invenique, illas omni sub respectu cum malis a febribus intermittentibus alias relictis, convenire“. Na odwrót możemy stąd wnosić, że wileńskie zimnice za czasów Franka składały się wyłącznie z przypadków postaci łagodnych, za czem przemawiają też wszystkie inne szczegóły opisu tego autora.

[14]) Bagiennica z torem czwartaczkowym dość często u nas się pojawia. Prof. Pareński i Blatteis, jakoteż Rencki w swoich razem 7 przypadkach rodzimej bagiennicy 3 razy zauważyli tor czwartaczkowy, Falęcki z kliniki Dietla oprócz 15 przypadków, które od początku do końca przebiegały jako czwartaczka i 3 przypadków, gdzie początkowa czwartaczka przeszła w tor codzienny, wymienia 38 przypadków, które z początkowej trzeciaczki przeszły w czwartaczkę, i 8 przypadków, które z trzeciaczki przez czwartaczkę przeszły w tor codzienny. W ostatnich 46 przypadkach można domyślać się bagiennicy. Podobnie Canstatt przytacza 2 przypadki trzeciaczki, które przeszły w czwartaczkę, a jeden przypadek trzeciaczki, który przez czwartaczkę przeszedł w piątaczkę (Erlanga). Natomiast w krajach gorących tor czwartaczkowy bagiennicy jest rzadki. Croombie w Indyach w ciągu 22 lat czwartaczkę tylko raz spostrzegał.

[15]) A. Laveran na 136 przypadków bagiennicy z półksiężycami podaje: 47 przypadków zimnicy codziennej, 13 przyp. trzeciaczki, 2 czwartaczki, 2 zimnice nieregularne, 42 z torem nieokreślonym, 10 przyp. gorączki ciągłej i t. d. Thayer i Hewetson na 105 bagiennic: 38 przyp. z torem codziennym przerywanym, 16 z torem codziennym przerywanym, 16 z torem codziennym, skłaniającym się do gorączki ciągłej, 13 z gorączką ciągłą z codziennemi zaostrzeniami, 6 przypadków z torem trzeciaczkowym, 32 z torem nieokreślonym, nieregularnym i bez gorączki. Mannaberg na 50 bagiennic liczył 18 przyp. toru codziennego, 14 trzeciaczkowego, 18 przyp. z torem nieregularnym, gorączką zwalniającą i torem nieokreślonym.

VI. W okresie gorączkowym występują wybitne dolegliwości w zakresie narządu nerwowego i pokarmowego (stąd pochodzą nazwy: *typho-malaria*, *febris gastro-biliaris)*.

VII. Okres bezgorączkowy (*stadium apyrexiae)* nie bywa połączony z takiem uczuciem ozdrowienia (euforyą), jak w zimnicach łagodnych. Owszem i w tym okresie pozostaje znaczne osłabienie, ból głowy, bole mięśniowe, brak łaknienia i inne dolegliwości żołądkowe i jelitowe tak, iż chorzy często podmiotowo nie odczuwają różnicy pomiędzy okresem gorączkowym, a bezgorączkowym tej choroby.

VIII. Z powodu znaczniejszego rozpadu ciałek czerwonych rozwija się już we wczesnym okresie choroby wybitna niedokrwistość i żółtawo-gliniaste zabarwienie skóry.

IX. We wczesnych okresach bagiennicy obrzęk śledziony jest mniej znaczny, aniżeli przy równie długiem trwaniu zimnic łagodnych [16]).

X. Gdy w przebiegu bagiennicy (zazwyczaj w czasie nawrotu, często też w przebiegu charłactwa, rzadko w początku choroby) dojdzie do znaczniejszego rozmnożenia się pasorzytów i nagromadzenia ich, jakoteż barwika, pozostałego z ich rozpadu, w naczyniach włosowatych mózgu, płuc lub przewodu pokarmowego, wówczas występują ciężkie, życiu zagrażające zaburzenia czynności tych narządów. Są to tak zwane napady złośliwe *(malaria perniciosa, accès pernicieux)*, przydarzające się w teraźniejszych epidemiach w około 5% przypadków bagiennicy. Śmiertelność wśród napadów złośliwych w rozmaitych czasach i miejscach bywała rozmaitą i wynosiła 10—50% [17]).

XI. Przypadki bagiennicy okazują znacznie większą odporność na działanie chininy, anizeli zimnice łagodne.

XII. Bagiennica odznacza się dlatego szczególną skłonnością do nawrotów i przejścia w stan przewlekły.

XIII. Na tle bagiennicy często wytwarza się charłactwo zimnicze.

XIV. Powikłania bagiennicy z chorobami ostremi i przewlekłemi bywają szczególnie ciężkie.

XV. Bagiennica panuje najgwałtowniej w wielu krajach gorących stale (endemicznie), lecz i w krajach strefy umiarkowanej występuje często obok łagodnej trzeciaczki i czwartaczki. W Europie największe nasilenie bagiennicy, świeże i ciężkie przypadki (napady złośliwe) pojawiają się najliczniej od lipca do listopada (w porze letniej i jesiennej).

Z wymienionych 15 różniczkowych cech bagiennicy w dawniejszych świadectwach o epidemiach zimniczych będziemy poszukiwać przedewszystkiem cechy X i XIII, t. j. wzmianek o napadach złośliwych i o częstości pojawiania się chery zimniczej, gdyż te dwa szczegóły, jako najbardziej wpadające w oczy, mogły najłatwiej być dostrzeżone.

Dla ułatwienia przeglądu właściwości zimnic w różnych okolicach ziemi służą tablice I—III.

Tablica I podaje względny stosunek ilościowy poszczególnych postaci chorób zimniczych w różnych krajach i okazuje, że w krajach strefy umiarkowanej przeważają łagodne postacie zimnicy, im dalej zaś ku południowi (względnie ku równikowi), tem bardziej zwiększa się względna ilość przypadków bagiennicy. Uwzględniając inne okoliczności (zwłaszcza dane, odnoszące się do ogólnej chorobliwości zimniczej) dochodzimy do wniosku, iż także bezwzględna ilość zachorowań na zimnice łagodne w krajach podzwrotnikowych jest zazwyczaj mniejszą, zaś chorobliwość bagiennicza większą, aniżeli w klimacie umiarkowanym.

Dwie następne tablice są ułożone przeważnie na podstawie statystyk dawniejszych. Niektórzy współcześni autorowie, wychodząc z zasady, że „żaden przypadek zimnicy nie powinien być rozpoznawany bez mikroskopowego badania krwi", wskazują na możliwość błędnych rozpoznań bez użycia tego środka rozpoznawczego i na tej podstawie odmawiają naukowej wartości danym, uzyskanym ze spostrzegania klinicznego zimnic bez wykazania pasorzytów we krwi. „W tem oświetleniu tracą naturalnie owe cyfry z raportów i z praktyki wszelką wartość dla osądzenia epidemiologii zimnicy i byłoby postępowaniem opacznem (verkehrt), gdyby kto chciał z ich pomocą czegokolwiek-dowodzić" (Wilhelm Schüffner [18]).

Idąc dalej w tym kierunku i stosując tę zasadę do innych nauk, musielibyśmy usunąć z zakresu naszego poznania nietylko historyę powszechną, która ma do czynienia z nieprzeliczonem mnóstwem umyślnie nawet fałszowanych świadectw, ale także i historyczną geologię i wszystkie działy wiedzy, nie oparte na bezpośredniem spostrzeganiu i bezwzględnie pewnem stwierdzeniu. Zasada ta jest tylko pozornie umiejętna, a w istocie nie liczy się z dawniejszym i obecnym stanem i rozwojem nauki. Młodzi ci autorowie zapomnieli bowiem o tem, że zimnica nie jest wcale chorobą nową, przez parazytologów dopiero odkrytą, lecz od wieków znaną plagą, a patologia szczegółowa i symptomatologia objawów klinicznych już w pierwszej połowie XVIII wieku (Torti, Werlhof i inni) stała na wysokim stopniu doskonałości, od połowy zaś XIX wieku znajomość jej upowszechniła się pomiędzy lekarzami całego świata, a w badaniach Heschla, Meckla i innych, dowodzących związku zimnicy z czernicą narządów, uzyskała ścisłą podstawę anatomiczno-patologiczną do stwierdzenia tej choroby w przypadkach sekcyjnych. Przy studyach nad zimnicą przekonywamy się na każdym kroku, że wrzekomo nowe odkrycia były już dawniejszym bystrym spostrzegaczom dokładnie znane; byłoby to więc szczególnem ścieśnieniem naukowego pola widzenia, gdybyśmy te świadectwa o przebiegu dawniejszych epidemii zimniczych odrzucili.

Dopóki nie mamy danych statystycznych o zimnicy tak ścisłych, jak tego żądają młodsi autorowie (a może jeszcze długie lata czekać potrzeba na uzyskanie takiego materyału w wystarczającej ilości), musimy się opierać na tych danych, które są najbliższe prawdy, wiedząc dobrze o tem, że matematycznej ścisłości nie posiadają. Lecz pamiętajmy, że błędy rozpoznawcze także i przy badaniu krwi nie są jeszcze w zupełności wyłączone; n. p. obecność pasorzytów we krwi mogłaby skłonić nas często do odnoszenia do zimnicy pewnych objawów, pochodzących ze zgoła odmiennej przyczyny. A zresztą powinniby młodsi autorowie pamiętać

[16]) Weber, który już przed laty spostrzegł pomiędzy innymi V i IX cechę bagiennicy, połączył je w następującem twierdzeniu: „Wielkość obrzęku śledziony stoi w prostym stosunku do czasu trwania okresu ziębienia".

[17]) O wrzekomem pojawianiu się napadów złośliwych w przebiegu zimnic łagodnych pomówimy później.

[18]) „Die Beziehungen der Malariaparasiten zu Mensch und Mücke an der Ostküste Sumatras". Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1902. Tom 41, str. 118.

i o tem, że nie wolno stwarzać w nauce ciasnych formułek, ani szablonowo ich stosować, bo to prowadziłoby łatwo do absurdu. Wszak w patologii doświadczalnej w imię ścisłości naukowej żąda się, i słusznie, oprócz badania parazytologicznego jeszcze zabicia i sekcyi zwierzęcia dla bezwzględnie pewnego rozpoznania; ale przecież stosowanie takich „metod“ do epidemiologii ludzkiej weszłoby w kolizyę z kodeksem karnym....

Idąc przeto za przykładem Laverana, Celliego, Kocha, Grawitza i innych, śmiało bierzmy pod rozwagę, — oczywiście *cum grano salis*, — istniejące, przez lekarzy sporządzone wykazy, gdyż usuwając je z pod roztrząsania, podług znanego przysłowia „wylalibyśmy dziecko z kąpielą“ i pozbawilibyśmy się ważnych wiadomości o jednej z największych klęsk, ludzkość trapiących [19]).

Otóż z wynikającemi z tego przedstawienia sprawy zastrzeżeniami przepatrzmy tablicę II, zawierającą zestawienie odsetkowo obliczonych danych statystycznych o przebiegu klinicznym zimnic w rozmaitych krajach. Oczywiście zebrane tu liczby nie są zupełnie wspólmierne i jednostajne, i n. p zależało w znacznej części od indywidualnych zapatrywań i od dokładności spostrzeżeń autorów, czy spotykane przypadki zimnic z torem trzeciaczki złośliwej zaliczano do toru trzeciaczkowego, czy do codziennego, czy wreszcie do gorączek zwalniających lub ciągłych. Również pojęcie charłactwa zimniczego bywa u różnych autorów rozmaitem [20]), a nawet granica pomiędzy zwyczajnym mocnym napadem bagiennicy, a niektóremi postaciami napadów złośliwych bywa niekiedy mniej wyraźną, zatartą. A przecież wszystkie z tych rozmaitych przyczyn pochodzące nierówności w obliczeniach wydają w ostatecznych wynikach tak małe różnice, iż ta-

[19]) Błędy te rozpoznawcze, jak to wiadomo z osobistego doświadczenia każdemu tegoczesnemu interniście, mogły być popełniane (zwłaszcza w klimacie umiarkowanym) tylko w małym odsetku przypadków; nadto wydarzają się błędy dodatnie i ujemne, to jest pewne przypadki bywają rozpoznane jako zimnica, a w istocie nią nie są; inne zaś istotne przypadki zimnicy nie zostają rozpoznane jako takie, tak że w większych sumach przypadków te 2 rodzaje błędów wzajemnie się niemal znoszą i tem bardziej mogą być w rachubie pominięte.

[20]) Porównaj Mannaberg: „Die Malaria-Krankheiten“ 1899, str. 259.

Tablica I.

Wzajemny stosunek poszczególnych postaci zimnicy, rozpoznawanych na podstawie mikroskopowego badania krwi.

Miejsce	Czas	Nazwisko badacza	Ogólna ilość badanych przypadków zimnicy	W tem na 100 przypadków było: przyp. trzeciaczki łagodnej	przyp. czwartaczki łagodnej	przyp. bagiennicy	przyp. zakażenia mieszanego	Źródło
Kraków	1891—1892	Prof. Pareński i S. Blatteis	73	93 1		6·8	—	Przegląd lekarski, 1892.
Kraków	1896—1899	X. Lewkowicz	446	91·1		8 9	—	Wiener klin. Wochenschrift, 1900.
Wiedeń, Kroacya, Sławonia Dalmacya, Istrya	1890—1892	J. Mannaberg	146	60 3	5·4	34·2	—	„Die Malaria-Krankheiten“, Wien 1899.
Baltimore (38°50′ sz. p.)	przed r. 1895	Thayer i Hewetson	542	62·3	0·9	34·7	2 0	F Loeffler: „Die Malaria-Krankheiten“ w „Die deutsche Klinik“, 1903.
Grosseto	1899	R. Koch	408	49·5	3 6	46 8	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1899.
Rzym, Medyolan, Pawia i t. d.	1898	R. Koch	120	26·6	4·1	65·0*)	4·1	Tamże.
Constantine	przed r 1902	A. Billet	395	46 1	2·7	51·2	—	Annales de l'Institut Pasteur, 1902.
Ambarawa, Batawia	około r. 1900	R Koch	51	45	8	47	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1900.
Indye holenderskie	przed r. 1901	J J. Kunst	177	44·6	3·4	48·0	4·0	Centralblatt für Bakteriologie, 1904 (ref.).
Chorzy z Indyi zachodnich	przed r. 1900	Nocht (badania dokonane w Hamburgu)	104	40	—	60	—	Jahresberichte ueber die Leistung. u. Fortschr, 1900 (ref.).
Chorzy z Afryki zachodniej	przed r. 1900	Nocht (badał w Hamburgu)	71	11	—	89	—	Tamże.
Afryka wschodnia	?	R. Koch	?	—	—	89	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1900.

*) Wysoki odsetek przypadków bagiennicy tem się tłomaczy, że badania były dokonane od 11 sierpnia do 2 października 1898 r. t. j. w czasie, gdy przypadki bagiennicy przeważają nad zimnicami łagodnemi.

Tablica II.

Względna częstość poszczególnych postaci klinicznych zimnicy.

Miejsce i czas spostrzeżeń	Lekarz spostrzegający	Ogólna ilość spostrzeganych przypadków zimnicy	Na 100 przypadków zimnicy przypada %: przypadków z torem codziennym	przypadków z torem trzeciaczkowym	przypadków z torem czwartaczkowym	przypadków z torem nieregularnym	przypadków z torem przerywanym	przypadków z gorączką ciągłą	przypadków z gorączką zwalniającą	przypadków napadów złośliwych	przypadków charłactwa zimniczego	przypadków hemoglobinuryi	Uwaga	Źródło
Meldorf (54° 5′) 1842—1863	Michaelsen	6.896	25·2	60·7	13·7	—	—	—	—	0·1	—	—	W liczbie przypadków z torem czwartaczkowym zawarte są 0·8% postaci *quartana duplex*.	Beiträge zur Medizinal-Statistik, 1878.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1861	Brunner	2.318	20·8	25·6	7·6	—	—	—	46·0	—	—	—		Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1870.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1863	Benetsch	1.853	24·6	62·5	7·2	—	—	—	5·9	—	—	—		Tamże.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1858—1869	Stephani, Brunner, Benetsch, Wenzel	17.810	28·0	50·0	8·4	—	—	—	13·6	—	—	—		Tamże.
Toruń (53°) 1896—1901	Claus	51	31·3	58·8	3·9	—	—	—	—	—	—	—		Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1903.
Mikołów (50° 10′) przed r. 1850	Deutsch	?	20	75	5	—	—	—	—	—	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1851.
Praga (50° 5′) szpital powszechny 1845—1848	Finger	211	—	—	—	—	—	—	—	0·94	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1849.
Kraków (50° 4′) szpital św. Łazarza 1804—1807	Kilian	289	38·7	48·7	12·4	—	—	—	—	—	—	—		Annalen der Heilkunde auf das Jahr 1812.
Kraków klinika wewnętrzna 1851—1864	Prof. Dietl	213	30·9	24·4	34·4	3·3	—	3·7	—	(2·8)	—	—	Odsetek napadów złośl. (9) obliczony w stosun. do całkowitej ilości leczonych chorych (320).	Przegląd lekarski, 1866.
Kraków szpital św. Łazarza 1872	Prof. Korczyński	225	—	—	—	—	—	—	—	—	5·3	—	12 przyp. chery zimniczej	Przegląd lekarski, 1873.
„	„	189	61·9	15·8	9·5	—	—	—	sub continua 3·1	—	—	—		Tamże.
Kraków klinika wewnętrzna 1874—1879	„	601	—	—	—	—	—	—	—	—	35·6	—	214 przyp. chery zimniczej.	Przegląd lekarski, 1881.
Krakow oddział I A szp. św. Ł 1891—1892	Prof. Pareński i Blatteis	81	29·6	32·0	13·5	—	—	7·4		—	2·4	—		Przegląd lekarski 1892.
Kraków szpital św. Ludwika 1896—1899	Doc. Lewkowicz i Prof. Ciechanowski	109	—	—	—	—	—	—	—	1·8	—	—	2 przyp. napadów złośliwych śmiertelne.	Wiener klinische Wochenschr., 1900.
Szpitale komendy wojskowej krakowskiej 1871—1883	—	11.014	—	—	—	—	—	—	—	—	3·3	—	373 przyp. chery zimniczej.	Militär-statistische Jahrbücher.
Szpitale komendy wojskowej krakowskiej 1880—1882	—	około 1571	34·9	52·3	4·8	—	—	—	—	—	—	—		Tamże.
Moszczany (50°) 1895—1898	Grossek	około 2500	—	—	—	—	—	—	—	0·44	—	—	11 przyp. napadów złośliwych.	

Lwów (49° 50′) 1855—1856	*Prof. Duchek*	*859*	—	—	—	—	—	—	—	*0·34*	—	—	*3 przyp. napadów złośliwych.*	*Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1858.*
Szpitale lwowskiej generalnej komendy 1871—1883	—	*14.367*	—	—	—	—	—	—	—	—	2·4	—	351 przyp. chery zimniczej.	Militär-statistische Jahrbücher.
Szpitale lwowskiej generalnej komendy 1880—1882	—	około 2.496	24 0	71·0	2·6	—	—	—	—	—	—	—		Tamże.
Erlanga (49° 36′) 1848—1849	Prof. Canstatt	151	—	—	—	—	—	—	—	3·9	—	—	6 przyp. napadów złośliwych.	Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1850.
Tybinga (48° 31′) około r. 1860	Prof. Griesinger	414	29·2	64·9	0·7	5·0	—	—	—	—	—	—		A. Laveran: Traité du paludisme, 1898. (L. T. P.)
Wiedeń (48° 13′), Istrya, Dalmacya, Kroacya. Sławonia 1890—1892	Mannaberg	146	41·7	40·4	5·5	—	—	—	—	—	—	—		Mannaberg: Die Malaria Krankheiten. 1899 (M. M. K.).
Banat (45°—46°) okręg górski 1854—1860	Weinberger	1.262	34 86	44·84	13·31	6·97	—	—	—	—	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1862.
Austryackie szpitale wojskowe 1879—1893	—	70.688	42·8	49·6	3·2	4·1	—	—	—	—	—	—		Militär-statistische Jahrbücher.
Austryackie szpitale wojskowe 1871—1883	—	280.807	—	—	—	—	—	—	—	—	3·2	—	9098 przypadków charłactwa zimniczego.	Tamże.
Rzym (41° 54′) wojsko francuskie 1864	M. L. Colin	?	—	—	—	—	—	—	—	3·8	—	—		L. T. P.
Rzym, chorzy cywilni w szpitalu San Spirito 1864	„	?	—	—	—	—	—	—	—	4·7	—	—		L. T. P.
Rzym, szpitale rzymskie 1892—1898	Ballori	33.837	—	—	—	—	—	—	—	0·97	—	—	330 przyp. napadów złośliwych.	A. Celli: Die Malaria, 1900.
Agrinion (38° 36′) (w przeciągu 6 lat)	Theophanides	2.474	58·8	19·8	2·9	—	—	9·5	—	—	—	—		L. T. P.
Ateny (37° 59′) przed r. 1888 (szp. wojskowy. chorzy z 5 lat)	Pampoukis	14.396	—	—	—	—	97·4	0·7	—	0 08	1·6	0·09		L. T. P.
Catania (37° 30′) 1893—1895	Galvagno	1.022	—	—	—	—	—	—	—	0·3	—	—		M. M. K.
Philippeville (36° 55′) przed r. 1848	E. Collin	6.636	53 0	13·8	0·8	4·5	—	—	27·6	—	—	—	W odsetku z. codz. zawarte: 0·3% quotid. dupl., w % trzeciaczek: 0·1% tert. dupl., w % czwartaczek: 0·1% quart. dupl.	L. T. P.
Bône (36° 54′) przed r. 1847	Maillot	3.586	66·3	31·1	2·5	—	—	—	—	—	—	—		Canstatt: Handbuch der medic. Klinik Erlangen, 1847.
Constantine (36° 22′) 1880—1882 (szpital wojskowy)	A. Laveran	1.059	—	—	—	—	93·0	6·9	—	(2·5 do 2·8)	—	—		L. T. P.
Senegal (załoga) 1863—1872	Borius	(około 14.600)	—	—	—	—	—	—	—	4·1	—	—		M. M. K.
Kamerun około r. 1892	F. i A. Plehn	?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8·3 do 11·7		M. M. K.
Nossi-Comba (sanatoryum) przed r. 1897	Malinas	1.750	75 8	1·1	0·1	—	—	2·8	4·8	0·6	14·4	—		L. T. P.
Nam-Dinh (Tonkin) szpital wojskowy przed r. 1887	Morand	119	—	—	—	—	87·4	—	12·6	—	—	—		L. T. P.
Lahora	Burton Brown	?	95	3	—	—	—	—	—	—	—	—		M. M. K.
Bengalia przed r. 1856	Waring	53.753	95·4	3·9	0·7	—	—	—	—	—	—	—		M. M. K.
Guatemala przed r. 1895	Echeverria	2.341	74·4	9·0	1·2	1·3	—	2·4	—	5 0	3·4	—		L. T. P.

Tablica III.

Chorobliwość i śmiertelność zimnicza.

L. p.	Miejsce	Czas spostrzeżeń	Wyszczególnienie jakości i ilości spostrzeżeń	Na 1000 chorych na zimnicę zmarło (‰)	Na 1000 osób spostrzeganej ludności zmarło na zimnicę (‰)	Źródło
1	Radzymin	1854	Thugutt spostrzegał około 511 przypadków zimnic, w tem 4 przypadki śmierci wśród napadów złośliwych.	7·8	—	Tygodnik lekarski, 1854.
2	Walcheren	1809	Pomiędzy 39.219 żołnierzami armii angielskiej było 26 846 przypadków zimnicy, łącznie z nawrotami (685‰); zmarło 4.175.	155·5	106·4	A. Laveran: Traité du paludisme, 1898 (L. T. P).
3	Bain (w dep. l'Ille et Vilaine)	1873	W gminie B. mającej 4 266 mieszkańców dr Blanche notował 1.866 (437·4‰) przypadków zimnicy, w tem: 303 mężczyzn, 596 kobiet, 967 dzieci. Z tego zmarło 50 osób (w tem 25 dzieci).	26·7	11·7	Mannaberg; Die Malaria-Krankheiten, 1899 (M. M. K.).
4	Francya	1889	W wojsku Francyi europejskiej było 863 przypadków zimnicy i 5 przypadków śmierci: 2 w przebiegu gorączki zwalniającej, jeden wśród napadu złośliwego, 2 z charłactwa zimniczego.	5·7	—	L. Catrin: Le paludisme chronique (C. P. C.).
5	Praga	1845—1848	Na I oddziale wewnętrznym szpitala powszechnego leczono 211 przypadków zimnicy, w tem 1 miał przebieg śmiertelny.	4·7	—	Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 1849.
6	Kraków	1844—1868	W szpitalu izraelickim leczono 1.832 chorych na zimnicę, z których 16 zmarło.	8·7	—	Przegląd lekarski, 1869.
7	„	1851—1864	Na klinice wewnętrznej prof. J. Dietla wśród 221 chorych zimniczych zmarło 25.	113·1	—	Przegląd lekarski, 1866.
8	„	1872—1873	Na oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza prof. Korczyński leczył 573 osób na zimnicę, z których 8 zmarło.	13·9	—	Przegląd lekarski, 1873 i 1875.
9	„	1874	W klinice pedyatrycznej prof. Jakubowski leczył 52 dzieci zimniczych, z których 14 zmarło.	269·2	—	Przegląd lekarski, 1875.
10	„	1896—1899	W szpitalu św. Ludwika doc. Lewkowicz stwierdził mikroskopowo zimnicę u 109 chorych; z pomiędzy tej liczby u 2 dzieci zmarłych stwierdzono przy sekcyi zimnicę jako jedyną przyczynę śmierci.	18·3	—	Wiener klinische Wochenschrift, 1900.
11	Lwów	1855—1856	Na klinice i oddziale szpitalnym prof. Ducheka leczono na zimnicę 859 chorych (33·6% ogólnej liczby chorych 2.560); zmarło 152.	176·9	—	Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 1858.
12	Galicya	1873—1878	W szpitalach wojskowych komendy lwowskiej i krakowskiej leczono 15.239 przypadków zimnicy (2 zmarło) i 452 przypadków charłactwa zimniczego (12 zmarłych); razem 15.691 przypadków zimnic i 14 zmarłych.	0·8	—	Militär-statistische Jahrbücher (M. S. J.).
13	„	1894—1903	W szpitalach wojskowych I. krakowskiego, X. przemyskiego i XI. lwowskiego korpusu armii austryackiej leczono 6 650 przypadków zimnic, z tego zmarło 28.	4·2	—	M. S. J.
14	Wiedeń	1856	W szpitalu filialnym leopoldstadzkim leczył F. Scholz 65 robotników kolejowych linii Mohács-Fünfkirchen, chorych na zimnicę, z tego zmarło 8 chorych wśród napadów ostrych, 8 z charłactwa, razem 16.	246·1	—	Ref. w Vierteljahrschr. für prakt. Heilkunde, 1858.
15	Austrya	1873—1878	W szpitalach wojskowych całej armii leczono 138.068 przypadków zimnic (51 zmarłych) i 4 798 przypadków charłactwa zimniczego (79 przypadków śmierci); razem 142 866 przypadków zimniczych, a 130 przyp. śmierci.	0·9	—	M. S. J.

L. p.	Miejsce	Czas spostrzeżeń	Wyszczególnienie jakości i ilości spostrzeżeń	Na 1000 chorych na zimnicę zmarło (‰)	Na 1000 osób spostrzeganej ludności zmarło na zimnicę (‰)	Źródło
16	Austrya	1894—1903	W szpitalach wojskowych całej armii leczono 29.758 przypadków zimnic, z tego zmarło 91.	3·0	—	M. S. J.
17	Rzym	1896	W szpitalach Rzymu leczono 4,665 chorych zimniczych.	7 75	—	A. Celli: Die Malaria nach d. neuesten Forschungen, 1900 (A. C. M.).
18	Włochy	1888—1897	Na około 11 milionów mieszkańców gmin zapowietrzonych umierało rocznie średnio 15.407 osób na zimnicę.	—	1·4	A. C. M.
19	"	1895	W szpitalach wojskowych włoskich leczono 4 856 chorych na zimnicę, z tego zmarło 13.	2·8	—	L. T. P.
20	Półwysep bałkański	1877—1878	W czasie wojny rosyjsko-tureckiej rosyjska armia naddunajska miała 140.000 przypadków zimnicy i 1.092 zmarłych.	7·7	—	L. T. P.
21	Grecya	przed r. 1887	Podług Pampoukisa chorobliwość zimnicza tak w szpitalu wojskowym ateńskim, jakoteż i w całej Grecyi wynosi $^1/_3$ wszystkich przypadków chorób (chorobliwości ogólnej). Śmiertelność napadów złośliwych wynosi: 214‰; śmiertelność ogólna zimnicza:	0·4	—	M. M. K
22	Bône	1832	W szpitalu wojskowym było 4.033 przypadków zimnic i 449 zmarłych.	111·3	—	C. P. C.
23	"	1833	Na 5.500 żołnierzy francuskiej załogi miano w szpitalu 6.074 przypadków zimnic (1104·3‰) i 1.526 przypadków śmierci.	251·2	277·4	L. T. P. i C. P. C.
24	"	1834—1835	M. Maillot obejmuje kierownictwo szpitala wojskowego: ma 11.593 chorych zimniczych i 538 przypadków śmierci.	46·4	—	C. P. C.
25	Constantine	1879—1883	A. Laveran w szpitalu wojskowym leczył 1.310 chorych na zimnicę; z tego zmarło 6.	4·5	—	L. T. P.
26	Algier	1890—1894	Armia francuska wykazuje 137·2‰ przeciętnej rocznej chorobliwości zimniczej, a w tych 5 latach 530 przypadków śmierci z zimnicy (223 = 43·9% z napadów złośliwych, 99 = 18·6% z gorączki zwalniającej, 198 = 37·3% z charłactwa).	10·7	1·48	L. T. P.
27	Senegal	około r. 1897	Marchoux leczył 347 chorych na zimnicę, z tego zmarło 3 (wśród napadów złośliwych).	4·5	—	Annales de l'Institut Pasteur, 1897.
28	Diego Suarez (Madagaskar)	1888	Cartier leczył 1.024 przypadków zimnic, z tego zmarło 4.	3·9	—	M. M. K.
29	Madagaskar	1895	Wojsko francuskie utraciło 6.000 ludzi, zmarłych przeważnie wskutek zimnicy.	—	250·0	L. T. P.
30	Günük (w Małej Azyi)	1842	Na 153 członków wyprawy naukowej do doliny Xanthus zachorowało na zimnicę 104 (679·7‰), 10 zmarło a 21 pozostało nieuleczalnymi.	96·1	65·3	M. M. K.
31	Formoza	1900—1902	Mine podaje, że armia japońska na Formozie miała w latach 1900—1902: 2.224 14, 1.732 10 i 1.132·02‰ chorobliwości zimniczej (średnio: 1.696·08‰) i 20 02, 11·19 i 7·32‰ rocznej śmiertelności.	7·5	12 84	Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1904. I Abt
32	"	w I półroczu r. 1903	Armia japońska wykazuje już tylko 256·52‰ chorobliwości, a zmniejszenie chorobliwości autor przypisuje zaprowadzeniu welonów, rękawiczek, ram z gazy i wykurzaniu widliszów.	2·7	0·7	Tamże.
33	Bengalia	przed r. 1856	Z 53 753 europejczyków chorych na zimnicę zmarło 660 (Waring).	12·2	—	M. M. K
34	Indye	1892	Z pomiędzy 64.137 żołnierzy angielskich liczono zimnicy 34.433 przypadków (536‰) z tego zmarło 98.	2·8	1·5	M. M. K.

blica nasza uwidocznia doskonale, zgodnie z wyżej podanemi ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi i epidemiologicznemi, stałą i prawidłową zależność epidemicznego charakteru zimnic od położenia geograficznego. Mianowicie, analogicznie do powyżej określonych charakterów bagiennicy i jej częstości w rozmaitych strefach (por. str. 399, odsyłacz 14 i 15 i str. 400 ustęp XV) widzimy tutaj, że względna częstość toru codziennego w krajach gorących podnosi się do 95·4%, w klimacie umiarkowanym zaś spada aż do 20% wszystkich nadarzających się przypadków zimnic; przeciwnie częstość toru trzeciaczkowego i czwartaczkowego wzrasta wraz z oddaleniem od równika.

Od tego prawidła w niektórych epidemiach napotykane wyjątki (Wilhelmshaven 1861 [21]), Kraków 1851—1864, Kraków 1872) tłómaczą się tem, iż podówczas spostrzegano stosunkowo liczniejsze przypadki bagiennicy, a na uzasadnienie tego twierdzenia co do wymienionych epidemii później dalsze przedłożę dowody

Podobnie też wykazane w tablicy II ilości przypadków z gorączką ciągłą i zwalniającą w strefie umiarkowanej, tylko w niektórych epidemiach, wobec stosunkowo częstszej bagiennicy, okazują się dość spornymi. Gdy zaś porównamy liczby, oznaczające częstość bagiennicy z tablicy I, ze względną częstością napadów złośliwych, podaną w tablicy II, przekonamy się, że w czasach nowszych we wszystkich okolicach świata napady złośliwe pojawiają się ze szczególnie stałą i prawidłową częstością, mianowicie 1 przypadek napadów złośliwych przypada na około 20 przypadków bagiennicy, i tak: w krajach podzwrotnikowych napady złośliwe występują w 4·1—5·0% na 89—100% (Kamerun) bagiennicy; w Algierze mamy 2·5—2·8% napadów złośliwych (A. Laveran), a 51·2% przypadków bagiennicy (A. Billet); w Galicyi: 0·34—0·44% napadów złośliwych na 6·8—8·9% bagiennicy.

Najwyższą stosunkowo częstość napadów złośliwych w naszych tablicach wykazują przypadki krakowskie doc. Lewkowicza (1:13), a okoliczność ta wyjaśnia się tak, że Lewkowicz spostrzegał zimnicę u dzieci, inni zaś przytoczeni badacze wyłącznie lub przeważnie u dorosłych.

Mała ilość napadów złośliwych, spostrzeganych w Atenach przed r. 1888, w Katanii (1893—1895) i w Nossi-Comba (miejscowości, położonej na górzystem północno-zachodniem wybrzeżu Madagaskaru) przed r. 1897, pozwala przypuszczać, że w owych epidemiach bagiennica występowała stosunkowo mniej licznie, niż zazwyczaj w tych okolicach świata [22]) Wysokie zaś stosunkowo liczby, podane z Pragi 1845—1848, z Krakowa 1851—1864 i z Erlangi 1848—1849 tłómaczą się nietylko większą względną częstością bagiennicy wśród wymienionych epidemii, ale także tem, iż wobec owoczesnego stanu kultury (dbałości o własne zdrowie, zaufania do lecznictwa ze strony chorych), wobec dawnego szablonu leczniczego lekarzy, jakoteż wysokiej ceny chininy przypadki bagiennicy bywały wtedy więcej zaniedbywane i gorzej leczone, tak iż napady złośliwe wówczas mogły wydarzać się znacznie częściej w porównaniu z ogólną ilością przypadków bagiennicy, aniżeli się to dzieje obecnie.

Otóż ta prawidłowość częstości napadów złośliwych wśród obecnych stosunków kulturalnych prowadzi do wniosku, że podobnie, jak R. Koch stwierdził postaciową tożsamość pasorzytów bagiennicy podzwrotnikowej z pasorzytami bagiennicy europejskiej (włoskiej), tak też podobnym jest i jej przebieg kliniczny, a mianowicie złośliwość bagiennicy jest w klimacie umiarkowanym w przybliżeniu równie wysoką, jak w krajach gorących, aczkolwiek podług K. Däublera [23]) i A. Plehna [24]) napady bagiennicy (rodzimej, jakoteż nabytej w okolicach podzwrotnikowych) przebiegają w strefie umiarkowanej nieco mniej gwałtownie, a może też i są łatwiej uleczalne.

Charłactwo zimnicze widzimy w tablicy II zapisywane w granicach 1·6—5·3%, w Austryi, Grecyi i Guatemali; wyższą cyfrę, 14·4%, podaje Nossi-Comba, najwyższą (35·6%) klinika prof. Korczyńskiego z lat 1874—1879 prawdopodobnie dlatego, że zaliczono tu do charłactwa także wszystkie przypadki lżejszej niedokrwistości i małego stopnia wychudnienie, towarzyszące zimnicy.

Tablica III usiłuje przedstawić obraz chorobliwości i śmiertelności zimniczej w rozmaitych czasach i miejscach u ludności pochodzenia europejskiego (z wyjątkiem spostrzeżeń 31 i 32). Przeważnie (oprócz: 1, 3, 18, 30 i 33) są to spostrzeżenia, poczynione w klinikach i szpitalach, cywilnych i wojskowych, a przeto, o ile zwłaszcza dotyczą wojska (2, 4, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 26, 29, 31, 32, 34) nadają się bardzo dobrze do porównywania, bo obejmują część ludności tego samego wieku i sposobu życia, a zarazem znajdującą się w jednostajnych warunkach co do dostarczania pomocy leczniczej Przytaczane tu dane o śmiertelności mogą być uważane z tego względu za dostatecznie pewne, iż już od połowy XIX wieku niemal każdy przypadek tu wyliczony, bywał stwierdzony sekcyjnie.

Niemniej przeto (podobnie jak w tablicy II) cyfry tu podane nie są zupełnie jednostajne i równoważne; w niektórych bowiem spostrzeżeniach (1, 10, 27) wzięto w rachubę tylko przypadki śmierci z napadów złośliwych, w innych zaś wliczono nadto w mniejszym lub większym zakresie przypadki śmierci z następstw i powikłań zimnicy (n. p. 7, 9, 11). Te ostatnie obliczenia, przedstawiające całkowitą utratę, wynikającą z zakażenia zimniczego, są dla epidemiologii szczególnie ważne [25]).

[21]) Daty zimnic codziennych tej epidemii okazują się wysokie dopiero w porównaniu z ilością toru trzeciaczkowego (20·8 : 25·6); w innych epidemiach stosunek ten wynosi około 1 : 2.

[22]) Dotychczasowe badanie nie wykazało różnic jakościowych pomiędzy własnościami biologicznemi pasorzytów zimniczych w rozmaitych epidemiach, więc przypuszczenia, jakoby pewne pokolenia plazmodyów bagienniczych, odpowiadające poszczególnym epidemiom, miały większą lub mniejszą żywotność i zdolność liczniejszego lub mniej licznego mnożenia się w ustroju ludzkim, albo też większą lub mniejszą jadowitość, nie mają wcale żadnej naukowej podstawy, a przeto do wyjaśnienia przytoczonych w tekście okoliczności posłużyć nie mogą. Owszem, wszystkie te wyniki badań przemawiają za tem, że cechy i własności w gatunku tych pasorzytów są bardzo trwale ustalone.

[23]) „Zur Kenntniss der ostindischen Malariaparasiten mit Vergleichen zu den Malariaparasiten anderer Länder“. Berl. klin. Wochenschrift, 1898.

[24]) L. c. str. 28. Jednakowoż Plehn (l. c. str. 34) przytacza przypadek u oficera marynarki, który wkrótce po powrocie z Kamerunu, dopiero w Niemczech poraz pierwszy zachorował na bagiennicę i zmarł wśród ostrego jej napadu.

[25]) Podobnie epidemiologia podaje wszystkie przypadki śmierci,

Dwa tylko spostrzeżenia (10 i 27) zawierają wyłącznie przypadki zimnicy, stwierdzonej mikroskopowem badaniem krwi; przekonywamy się, że liczby tu podane nie wiele odskakują od liczb, uzyskanych bez takiego badania (1).

Wśród spostrzeżeń III tablicy uwidocznia się przedewszystkiem znakomity postęp w leczeniu zimnicy dokonany w ciągu XIX w. Gdy armia angielska, dotknięta zimnicą w Holandyi w r. 1809, została zdziesiątkowaną (106·4‰ śmiertelności), to w r. 1892 śmiertelność z zimnicy wśród żołnierzy angielskich w Indyach, wynosi już tylko 1·5‰, więc jest 70 razy mniejszą (sp. 2 i 34). Tę ochronę życia ludzkość zawdzięcza z jednej strony pogłębieniu wiadomości z zakresu patologii i symptomatologii zimnic, z drugiej zaś strony udoskonaleniu zapobiegania i leczenia, zwłaszcza odkąd przez Pelletiera i Caventou (1820) odkryty czysty alkaloid chininy wprowadzono do lecznictwa. Działanie to zdobyczy wiedzy, objawiające się w przełomowy sposób, widzimy w spostrzeżeniach 22—24, które A. Laveran objaśnia w następujących słowach:

„Należy wyznać, iż w początkach podboju Algieru nasi lekarze, przesiąknięci ideami Broussaisgo[26]) i nie znający innych postaci zimnicy oprócz gorączek przerywanych, nie umieli dobrze posługiwać się chininą. Maillot zdołał szczęśliwie zreformować ich wadliwe leczenie; on dopiero wskazał, że gorączki ciągłe zimnicze tak samo podpadają leczeniu chininowemu, jak i gorączki przerywane, a dobre wyniki tej reformy niezwłocznie się ujawniły; śmiertelność, która przedtem w szpitalu w Bône wynosiła 1:3, spadła nagle na 1:20“. Catrin dodaje: „W tych 2 latach (1834 i 1835) w porównaniu z 2 latami poprzednimi było o 856 chorych więcej, a o 1437 zmarłych mniej“.

Do szeregu dat, wyświetlających dawniejszą chorobliwość i śmiertelność zimniczą, należą spostrzeżenia: 1, 5, 6, 7, 11, 14, 30 i 33.

Dane, przywiedzione z Algieru (22—26), okazują, że chorobliwość zimnicza, która po zawojowaniu tego kraju zrazu (1833) wynosiła 1104·3‰ (a śmiertelność 277·4‰), z biegiem czasu, gdy wojsko europejskie nauczyło się przystosowywać do miejscowych warunków, obniżyła się na 137·2‰ (ze śmiertelnością 1·48‰). Podobne zjawisko olbrzymiej chorobliwości i śmiertelności spotykamy nierzadko wśród wojsk północnych, wysyłanych w głąb południowych krajów, będących siedliskami zimnicy. W r. 1895 wojsko francuskie, wysłane na zdobycie Antananariva, traci z zimnicy $^1/_4$ część żołnierzy; królowa Ranavalo szczyciła się, iż „zimnica jest jej najpierwszym generałem“ (Mannaberg) (sp. 29). Podobnie Japończycy na Formozie, zrazu trapieni zimnicą o chorobliwości 2224·14‰ i 20·02‰ śmiertelności, zdołali już w przeciągu 4 lat chorobliwość $4^1/_2$ razy, a stosunkową śmiertelność 3 razy umniejszyć (sp. 31 i 32). Anglicy, nauczeni dawnemi stratami (Walcheren, wyprawa na Nigrze 1841)[27]), najlepiej posiedli umiejętność aklimatyzacyi: gdy w pierwszym roku okupacyi Cypru (1878) z powodu zimnicy mieli śmiertelność wojska 40·27‰, wówczas przenieśli obóz na górę Troados i śmiertelność spadła na 5‰ (A. Laveran). W wyprawie na Wybrzeże Złote (1874) („The doctor's war“) i w wyprawie do państwa Aschanti 1895 potrafili swe wojska tak ubezpieczyć, iż chorobliwość zimnicza była znikomo małą (Mannaberg).

Włoska armia wykazuje 2·8‰ śmiertelności śród zimniczych (19); gorszą statystykę ma armia austryacka, 3·0‰ (16), a wśród jej wojsk pośledniejsze miejsce zajmują korpusy galicyjskie (13) ze śmiertelnością 4·2‰, więc o połowę gorszą, niż śmiertelność wojsk angielskich w Indyach, a japońskich na Formozie[28]).

Pochodzi to stąd, że zimnica, w której mało kto podejrzywa kryjące się pod tą nazwą postacie „podzwrotnikowe“, bywa w naszem państwie lekceważona i niedostatecznie leczona.

Różnica pomiędzy datami 12 i 15, a 13 i 16 nie pochodzi wcale z różnicy w ciężkości przypadków, lecz wynika z odmian w sposobie prowadzenia statystyki: mianowicie w latach 1873—8 (i do 1893) układano wykazy podług rozpoznań końcowych, więc umieszczone tu cyfry śmiertelności (0·8 i 0·9‰) odnoszą się niewątpliwie, odpowiednio do pojęć lekarzy wojsk austryackich, do przypadków śmierci z zimnicy niepowikłanej (więc głównie do śmierci z napadów złośliwych, czy to wśród ostrej zimnicy, czy to w przebiegu charłactwa zachodzących), których na podstawie wyniku sekcyi już żadną miarą nie można było wtłoczyć do innej rubryki przyczyn śmierci. Przeciwnie w latach 1894—1903 wykazy polegają na rozpoznaniach przy przyjęciu chorych żołnierzy do szpitali[29]), zawierają przeto w sobie także przypadki śmierci z właściwych następstw i powikłań zimnicy, lepiej przeto oddają jej oddziaływanie na śmiertelność.

Spostrzeżenia 3, 8, 9 i 10 pouczają, że także w czasach nowszych w okolicach, dalej ku północy wysuniętych, zimnica w niektórych epidemiach może sprawiać zniszczenie takie samo lub większe, jak w krajach południowych (17, 18, 21, 25, 27, 28, 33).

W epidemii w Bain (3) ujawnia się szerzenie zimnicy pośród dzieci tak samo gwałtowne, jak to Koch w podzwrotnikowych stwierdził krajach; groźność tej choroby dla dzieci w naszym klimacie odsłaniają dane, podane przez prof. Jakubowskiego (9). Liczba ta (269·2‰ śmiertelności dzieci zimniczych), obejmująca wszystkie przypadki śmierci z powikłań i następstw zimnicy, lepiej odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, niż spostrzeżenie 10. Dostarczone mi bowiem wypisy z materyału krakowskiego zakładu anatomii patologicznej okazują, iż w czasie o rok krótszym, niż to 10 spostrzeżenie obejmuje (t. j. w $^3/_4$ r. 1896, 1897 i 1898) wydarzyło się w szpitalu św. Ludwika około 46 przypadków śmierci wśród następstw i powikłań zimnicy.

Wreszcie z naszych zestawień zdaje się wypływać, iż śmiertelność z powodu napadów złośliwych bagiennicy bywa w krajach gorętszych stosunkowo znaczniejszą, zaś w kra-

wskutek duru brzusznego się zdarzające, a jest rzeczą podrzędniejszej wagi, jak wielka ilość zmarłych uległa bezpośrednio zakażeniu durowemu, ilu zaś zmarło skutkiem krwotoku kiszkowego, zapalenia otrzewnej lub przyłączającej się ropnicy.

[26]) Tak zwanym „wampiryzmem“; patrz rozprawę Ad. Langiego p. t. „Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach“. Przegląd lekarski, 1905.

[27]) Griesinger w Virchowa: „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie“. Tom II, część 2. Erlangen 1897, str. 49.

[28]) Przewyższa ją tylko śmiertelność armii rosyjskiej naddunajskiej (20) i śmiertelność armii algierskiej (26) liczbami; 7·7 i 10·7‰, lecz pierwsza była na bojowej stopie, druga zaś ma wśród przypadków zimnicy do 3 razy więcej bagiennicy.

[29]) Patrz Milit.-stat. Jahrb. 1894. Str. 152, ust. 2.

jach strefy umiarkowanej przeważa śmiertelność z charłactwa zimniczego, następstw i powikłań zimnicy. Mianowicie w wojsku francuskiem w Algierze w latach 1890—1894 było na 100 przypadków śmierci skutkiem zimnicy: 37·3% zmarłych skutkiem charłactwa zimniczego, a 62·7% na zimnicę ostrą, więc w stosunku 1:2; przeciwnie w wojsku austryackiem w latach 1873—1877 stosunek ten był odwrotny, 69·1, 30·9%, czyli 2:1.

Okoliczność ta wymaga jednak jeszcze dokładniejszego sprawdzenia na dalszych liczniejszych spostrzeżeniach, gdyż dotąd nie mamy żadnych wskazówek co do liczebnej utraty wskutek następstw i powikłań zimnicy w krajach gorących.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci z utonięcia.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

(Dokończenie.)

Jakkolwiek już z wywodów powyższych wynika dowodnie, że podniesione przez Marguliesa przeciw nam zarzuty są bezpodstawne, bo oparte na nieznajomości oryginału naszej pracy mimo ogłoszenia jej w całości w języku niemieckim, a dalej, że tonący wciąga do płuc płyn topielny przeważnie w okresie duszności, nie wahałem się podjąć nowych doświadczeń w sposób, zastosowany przez Marguliesa, aby wyczerpać wszelkie środki dowodowe, za lub przeciw naszym poprzednim twierdzeniom świadczące.

Wykonałem tedy dwa doświadczenia na królikach tego samego miotu, przed doświadczeniem dokładnie zważonych, które następnie utopiłem w basenie z wodą, zabarwioną silnie błękitem metylenu ($\Delta = -0·5$) w ten sposób, że pierwszy z nich pozostał we wodzie aż do chwili, gdy się oddechy końcowe przez 3 minuty przestały pojawiać, zaś drugiemu zacisnąłem silnie szyję zapomocą pętli na schyłku okresu duszności, jednak jeszcze wśród jego trwania, poczem go z wody zaraz wydobyłem i śmierci jego poza basenem odczekałem. Utopienie było dokonane w ten sposób, że zwierzęta wrzucano do pełnego wody basenu bez wiązania ich i bez obciążania ich odnóży ciężarami, poczem przykrywano basen szklany taką samą pokrywą. W ten sposób uczyniono zadość wszelkim wymogom Marguliesa i to w wyższym jeszcze stopniu, niż on sam w swych doświadczeniach, gdyż obciążał zwierzętom ciężarami tylne odnóża. Tak więc mogły oba króliki korzystać ze swobody ruchów w okresie obrony.

Obu królikom oznaczyłem Δ_1 krwi z tętnicy szyjnej, wziętej za życia, następnie Δ_2 krwi z lewego serca, wziętej zaraz po śmierci. Zaraz po śmierci podwiązałem obu szczelnie tchawicę, poczem wydobyłem ostrożnie ich płuca, zważyłem je i w sposób podany przez Marguliesa oznaczyłem ciężar zawartej w nich wody, oraz ciężar tej wody w stosunku do 1 kg. wagi zwierzęcia. Wynik tych doświadczeń przedstawia następujące zestawienie (p. tabl.):

Tak więc ciężar wody, wciągniętej do płuc przez pierwszego królika na 1 kg. wagi, mimo, iż mógł był wciągać wodę także w ciągu 24 mocnych i słabych oddechów końcowych, przewyższał ciężar wody, wciągniętej do płuc na 1 kg. wagi przez drugiego królika, któremu jeszcze w czasie trwania okresu duszności, lecz u jego schyłku, zacisnąłem tchawicę i z wody go wydobyłem tak, iż nie mógł

L.	Ciężar zwierząt w gr.	Płeć	Zwierzę wyjęto z wody po: minutach	Zwierzę wyjęto z wody po: oddechach końcowych	Ciężar płuc w gr.	Ciężar wody w płucach w gr.	Ciężar wody w płucach na 1 kg. wagi w gr.	Δ_1	Δ_2	$\Delta_1 - \Delta_2$
1	3170	samiec	7	24 mocne i słabe	33·60	14·64	4·6	—0·59	—0·40	0·19
2	2660	samica	2½	—	23·60	7·7	3·5	—0·62	—0·51	0·11

wśród 13 oddechów końcowych, wykonanych poza obrębem basenu, wciągać wody do płuc, zaledwie o 1·1 gr. Ta drobniuchna już nadwyżka ciężaru wody na 1 kg. wagi, wciągniętej do płuc przez pierwszego królika, byłaby niewątpliwie jeszcze mniejszą, gdyby zaciśnięcie tchawicy i wydobycie z basenu drugiego królika nastąpiło było w okresie zamartwicy, t. j. po zupełnie ukończonym okresie duszności, a jeszcze przed pojawieniem się oddechów końcowych, albowiem, jak mnie pouczyły dawniejsze doświadczenia, największą ilość płynu wciągają tonące zwierzęta właśnie w końcu okresu duszności. Jeźli z zaciśnięciem tchawicy jednak się pospieszyłem, to dlatego, aby właśnie stworzyć dla naszego twierdzenia jak najniekorzystniejsze warunki. Równocześnie badane w powyższych mych doświadczeniach kryoskopowe oznaczenia Δ krwi, nie uwzględnione zupełnie i pominięte przez Marguliesa przy jego doświadczeniach, dowodzą również w sposób niewątpliwy tak, jak i ciężary wody, wciągniętej do płuc w stosunku na 1 kg. wagi, że twierdzenie moje i Horoszkiewicza, poprzednio już przez innych badaczy głoszone, iż płyn topielny wnika do dróg oddechowych tonącego przeważnie w okresie duszności, a nie dopiero w czasie oddechów końcowych, jest jedynie prawdziwe. Zarazem wykazują różnice $\Delta_1 - \Delta_2$ w tych dwóch doświadczeniach taki stopień rozcieńczenia krwi, jaki znajdowaliśmy nieraz w poprzednich naszych doświadczeniach, mimo iż przy nich nie było zwierzę całem swem ciałem zanurzone we wodzie (n. p. IV grupa, doświadczenie 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13). A zdaniem Marguliesa stwierdzony przez nas znaczny stopień rozcieńczenia krwi w naszych poprzednich doświadczeniach zależał właśnie od tego, że zwierzęta nasze nie były całem ciałem zanurzone w wodzie. Doświadczenia powyższe wykazują i w tym względzie zupełną bezpodstawność odnośnego zarzutu, uczynionego nam przez Marguliesa.

Prócz powyższych wykonałem jeszcze inne dwa doświadczenia, celem jeszcze dokładniejszego wyświetlenia prawdy. Ponieważ wszyscy dotychczasowi badacze, nie wyjmując mnie i Horoszkiewicza oraz Marguliesa, przekonywali się o wpływie oddechów końcowych na ilość wody, wciągniętej do płuc, w ten sposób, że pewnej części zwierząt zaciskali tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych, postanowiłem zmienić ten sposób badania. Jednego

królika samca wagi 2 kg. 70 gr. utopiłem w sposób poprzednio opisany, bez pętania go i obciażania jego ciała. Wykonał on 15 silnych, a 3 słabe oddechy końcowe, ostatni z nich nastąpił w 4′ 25″ od chwili zanurzenia królika we wodzie. Ciężar wyjętych płuc jego wynosił 23 gr., a zatem ciężar wody w nich zawartej, obliczony wedle Marguliesa, wynosił 10·68 gr. czyli na 1 kg. 5·1 gr. Badanie kryoskopowe stwierdziło: Δ_1 (tętnica udowa) = —0 60, Δ_2 (lewe serce) = —0·40, Δ_1—Δ_2 = 0 20.

Drugiego królika samca o wadze 2 kg. 160 gr. zadzierzgnąłem zapomocą pętli. Z chwilą, gdy minął okres drgawek i wystąpił okres zamartwiczego bezdechu, zdjąłem mu pętlę ze szyi i zanurzyłem go w tej samej wodzie, zabarwionej błękitem metylenowym, w której znaleźli śmierć jego poprzednicy. Czas, jaki upłynął od zadzierżgnięcia do zanurzenia we wodzie, wynosił 1′ 35″, czas zanurzenia we wodzie aż do chwili ostatniego oddechu końcowego wynosił 2′ 20″. W tym ostatnim czasie wykonał królik pod zwierciadłem wody 18 silnych i 9 słabych oddechów końcowych. Ciężar jego płuc, — (w których nie zdołałem dojrzeć, przeciwnie jak u poprzedniego, nigdzie zabarwienia miąższu błękitem metylenowym, natomiast stwierdziłem w odróżnieniu od poprzednich nader liczne, świeże wybroczyny podopłucne) wynosił po wyjęciu z wody 31 gr, a zatem ciężar wody, zawartej w płucach wynosił, wedle obliczenia sposobem Marguliesa 18 gr., t. j. na 1 kg. wagi 8·3 gr. Ten niespodziewany wynik co do ilości wody, wciągniętej do płuc w czasie oddechów końcowych na 1 kg. wagi, pozostawał w rażącej sprzeczności do wyników badania kryoskopowego, albowiem Δ_1 (tętn. udowa) =.—0 61, Δ_2 (lewe serce, =0·5 Δ_1—Δ_2 = 0·06. Wynik ten co do rozcieńczenia krwi zgodny był z naszemi twierdzeniami poprzedniemi i obecnemi, że płyn wnika do płuc w okresie duszności, albowiem, skoro w drugiem doświadczeniu z dwóch poprzednich, w którem zacisnąłem tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych na schyłku okresu duszności, był stopień rozcieńczenia krwi królika po utopieniu znaczniejszy (Δ_1—Δ_2 wynosiło wedle tablicy 0 11), niż obecnie, gdy królik dostał się do wody już po okresie duszności, przeto ten o połowę mniejszy stopień rozcieńczenia u obecnie użytego królika, pomimo jego 27 ogółem oddechów końcowych (w przeciwstawieniu do 13 oddechów końcowych u królika z zaciśniętą tchawicą), przemawiał dowodnie za słusznością mego, a przeciw twierdzeniom Marguliesa. Mimo to jednak ilość wody, wetchniętej do płuc w tem ostatniem doświadczeniu mojem, wynosząca 8·3 gr. na 1 kg. wagi, była rażąco sprzeczną z wynikiem badania kryoskopowego i co więcej z wynikiem obliczeń ilości wody sposobem Marguliesa we wszystkich poprzedzających moich doświadczeniach. Ponieważ sposób oznaczania ciężaru wody w płucach utopionych królików, względnie obliczenie Marguliesa średniego ciężaru tkanki płucnej królika na 1 kg. wagi wydawały mi się od początku zbyt niepewne i niezdolne stanowić podstawy ścisłej do wyjaśnienia jeszcze spornej (zdaniem Marguliesa) sprawy co do czasu wnikania płynu do płuc tonącego, wykonałem jeszcze jedno doświadczenie w sposób następujący: Królika samca o wadze 1650 gr. udusiłem, zadzierżgając mu szyję pętlą. Śmierć nastąpiła w $3^1/_2$ minuty. Stosownie do wagi tego królika powinny były ważyć jego płuca, jako nie zawierające w sobie wody, 10·86 gr., tymczasem wynosił ich ciężar rzeczywisty 14·65 gr., a zatem o 4·73 gr. za wiele. Doświadczenie to wskazuje jaskrawo, na jak niepewnej podstawie opierał się Margulies w swoich doświadczeniach, których wyniki miały stanowić łańcuch dowodów, zwracających się przeciw naszemu poprzedniemu i obecnie raz jeszcze na ścisłych podstawach opartemu twierdzeniu, że tonący wciąga do swych płuc wodę przedewszystkiem w okresie duszności.

Na tem mógłbym zamknąć prawdziwy, bo z wielu (ostatnie dostarczył mi sam Margulies przez zachętę do powtórzenia jego doświadczeń) złożony łańcuch dowodów, pragnę jednak oświetlić jeszcze krytycznie wynik doświadczeń Marguliesa, a przedewszystkiem wyjaśnić przyczyny, dla czego tak znaczna zachodzi różnica między nimi, a wynikami moich obecnych doświadczeń.

Przyczynę tej różnicy muszę przedewszystkiem upatrywać w tem, że Margulies zabrał się do pracy bez należytego przygotowania, t. j. że nie rozejrzał się wprzód w pracach tak poważnych badaczy, jak n. p. A. Paltauf, że zanim wystąpił z zarzutami przeciw nam, nie zapoznał się dokładnie z oryginałem naszej pracy, wreszcie, że właśnie z powodu niedostatecznego przygotowania sądził, iż sprawę sporną, rozstrzygniętą przez nas na podstawie znacznej liczby doświadczeń, zdoła rozstrzygnąć kilku, bo zaledwie 4. względnie 8 doświadczeniami.

Jeżeli zaś gdzie i kiedy potrzebna jest znaczniejsza liczba doświadczeń do rozstrzygnięcia spornego zagadnienia, to właśnie w danem zagadnieniu, wszakże bowiem wszyscy badacze biegu objawów tonięcia, a najdosadniej A. Paltauf oświadczają zgodnie, że ilość płynu, jaki wniknął do płuc tonącego, zależy od różnych okoliczności. Gdy zaś one przez wzgląd na swą różność nie mogą się dostatecznie w tak znikająco małej liczbie doświadczeń, jaką podjął Margulies, uwidocznić, przeto wnioski, wysnute z tak małej liczby doświadczeń, mogą, jak się to zdarzyło właśnie Marguliesowi, być mylne i z prawdą niezgodne. Te różne okoliczności, które wpływają na ilość wody, wciągniętej do płuc tonącego, były poraz pierwszy dokładniej przezemnie i Horoszkiewicza w pracy naszej zbadane i określone, lecz o nich Margulies nie wspomina. I w tem nieuwzględnieniu ich tkwi właściwe źródło jego omyłki.

Ściśle biorąc, wykonał Margulies tylko jedno doświadczenie, przy którem zacisnął zwierzęciu tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych i to jedno doświadczenie wystarczało mu do obalenia naszych wniosków, wysnutych z 53 doświadczeń, wykonanych w sposób rozmaity, dozwalający zbadać wpływ wspomnianych już różnych okoliczności.

Rozpatrując wyniki czterech pierwszych doświadczeń Marguliesa, widzimy, że ilości wody, wciągniętej do płuc przez trzy pierwsze króliki w stosunku do 1 kg. wagi, wynoszące 14·5, 15 5 i 13 1 gr., nie pozostają w żadnym stosunku do ilości wykonanych przez nie oddechów końcowych, albowiem, jeśli pierwszy królik przy 6 oddechach końcowych wciągnął do płuc 14·5 gr. wody na 1 kg. wagi, a następny przy 7 tych oddechach wciągnął 15·5 gr., to ten przyrost o 1 gr. wody, przypadający na jeden więcej oddech końcowy, nie może stanowić dowodu dla przyjęcia stosunku prostego ilości wody, wciąganej do płuc, a ilości oddechów końcowych ze względu na odnośny wynik trzeciego

doświadczenia. W tem trzeciem doświadczeniu wykonał królik 9 oddechów końcowych, zatem, przyjmując prosty stosunek między ilością oddechów końcowych, a ilością wciągniętej wody, jakby to odpowiadać powinno twierdzeniu Marguliesa, musiałaby ilość wody, wciągniętej przez królika do płuc, być większą na 1 kg. wagi, niż u poprzednich. Przyjąwszy dalej wedle różnicy między temi ilościami w dwóch poprzednich doświadczeniach, że na jeden oddech końcowy przypada 1 gr. wody w stosunku do 1 kg. wagi, to królik trzeci, wykonawszy o dwa oddechy końcowe więcej, niż drugi, powinienby był wciągnąć o 2 gr. więcej wody do swych płuc od drugiego królika, t. j. powinienby był wciągnąć 17·5 gr. wody na 1 kg. wagi. Tymczasem wciągnął on w rzeczywistości 13·1 gr., t. j. o 4·4 gr. mniej wody, niżby to wedle tej rachuby wypadało, a o 1·4 gr., względnie o 2·4 gr. mniej wody, niż pierwszy, względnie drugi królik przy 6, względnie 7 tylko oddechach końcowych. Stąd więc wynika, że ilość wciągniętej do płuc wody nie pozostaje w żadnym stosunku ani zależności do liczby oddechów końcowych.

W pracy mej, wspólnej z Horoszkiewiczem, wykazaliśmy, że ilość wciągniętej do płuc wody zależy, pomijając już wpływ ciepłoty wody, w której zwierzę tonie, oraz wpływ poprzedniej narkozy, od życiowej pojemności płuc tonącego. A że ta zależy znowu, jak wiadomo z fizyologii, między innymi od płci i od ciężaru ciała tonącego i to w ten sposób, że większą jest u osobników męskich, niż u żeńskich, oraz że przy znaczniejszym wzroście ciężaru ciała ponad ciężar średni ona się zmniejsza i to dosyć znacznie, zatem staraliśmy się rzecz tę stwierdzić na podstawie wyników naszych licznych doświadczeń. I oto wyniki te dowiodły w istocie, że samice wciągały mniej wody, niż samce, zwierzęta znacznie cięższe ponad średnią wagę wciągały jej również mniej. Szczegóły te, stwierdzone przez nas, n. p. tak dobitnie w 14 i 15 doświadczeniu IV grupy, gdzie dwa psy samce, w tych samych warunkach utopione, przy tej samej ilości i nasileniu oddechów końcowych, wciągnęły pierwszy przy ciężarze ciała 4870 gr. 71 cm.^{3} wody na 1 kg. wagi, drugi przy ciężarze ciała 11460 gr. tylko 28 cm.^{3} wody na 1 kg. wagi, znajdują potwierdzenie także i w wyniku doświadczeń Marguliesa. I tak bowiem widzimy, że trzeci jego królik, który wciągnął przy 9 oddechach końcowych tylko 13·1 gr. wody, był samicą, a więc musiał jako posiadający od dwóch pierwszych królików-samców mniejszą życiową pojemność płuc, wciągnąć mniej wody od nich (14·5 i 15·5 gr.). Czwarty jego królik, któremu zacisnął tchawicę po pierwszym końcowym oddechu, był także samicą, a nadto przewyższał dwa pierwsze króliki samce o przeszło 25% ich wagi, zatem powinien był, zgodnie z wynikami naszych poprzednich doświadczeń i zgodnie z prawidłem fizyologii, wciągnąć znacznie mniej wody od nich, jako posiadający o wiele od nich mniejszą życiową pojemność płuc. I w istocie wciągnął on znacznie mniej wody od poprzednich, bo tylko 3·6 gr. na 1 kg. wagi, czyli cztery razy mniej od królika pierwszego. W wspomnianych zaś co dopiero dwóch naszych doświadczeniach (IV grupa L. 14 i 15) pies samiec cięższy wciągnął od psa samca lżejszego 2·5 razy mniej wody, a zatem przez porównanie tego wyniku z wynikiem pierwszego i czwartego doświadczenia Marguliesa byłoby równie z tego tytułu usprawiedliwione, gdyby czwarty jego królik, jako o tyle cięższy, wciągnął tylko 2·5 raza mniej wody od pierwszego. Pozostałoby więc jeszcze wytłómaczyć, dlaczego wciągnął on wogóle 4 razy mniej wody, t. j. o 1½ razy jeszcze mniej, niżby to z powyższego porównania tych wyników wypadało. Lecz i w tym względzie wytłómaczenie łatwe, gdyż dwa nasze, porównane ze sobą doświadczenia dotyczą samców, które nadto utopione były jednako, t. j. oba po wydechu, tymczasem oba porównane ze sobą doświadczenia Marguliesa dotyczą samca i samicy, która właśnie mniej wciągnęła wody, wreszcie nie mógł Marguliesa przy swoim sposobie doświadczeń brać w rachubę fazy oddechowej, po której zanurzał zwierzęta swe we wodzie. Jeźli się tedy z ilości wody, za mało wciągniętej przez jego czwartego królika, odliczy coś na rachunek wpływu jego płci żeńskiej i na rachunek tego, że królik ten mógł być utopionym po wdechu, a pierwszy po wydechu, to zrozumiemy łatwo, że mała ilość wody, wciągniętej do płuc przez czwartego królika Marguliesa, w porównaniu z ilością wody, wciągniętą przez pierwszego jego królika, tłómaczy się dostatecznie różnicą mniejszej życiowej pojemności jego płuc i to tem bardziej nawet, że wedle obliczenia Marguliesa objętość płuca czwartego królika wynosiła mimo większej wagi jego ciała tylko 37 cm. sz., a pierwszego mimo przeszło o 25% mniejszej wagi ciała wynosiła 49 cm. sz. Zresztą pomijając i te roztrząsania, nie miał Margulies prawa wysnuwać z wyników swych omawianych czterech doświadczeń wniosku, jaki podał, gdyż, jak to już zaznaczyłem, nie uwzględnił on w swych doświadczeniach wpływu fazy oddechowej, po której zanurzał we wodzie swe zwierzęta. Tymczasem, jak to z Horoszkiewiczem wykazaliśmy w naszej wspólnej pracy, zwierzę utopione po wydechu wciąga o 6 cm. sz. więcej wody do płuc w stosunku do 1 kg. wagi, niż zwierzę, utopione w równych zresztą warunkach po wdechu. Jeżeli więc przyjmiemy, a możemy to uczynić z uwagi na wskazaną już niedokładność rzeczonych doświadczeń Marguliesa zupełnie słusznie, że jego królik czwarty, któremu przed oddechami końcowymi podwiązał tchawicę, utonął we wodzie po wdechu, a królik pierwszy, któremu nie zacisnął tchawicy wcale, utonął po wydechu, to w takim razie czwarty królik musiał z tego względu wciągnąć o 6 cm. sz. mniej wody na 1 kg. wagi, niż pierwszy, czyli biorąc wciąganą przezeń wodę choćby co do ciężaru za równą wodzie przekroplonej, to wciągnął on co najmniej o 6 gr. za mało wody. Z tego możliwego założenia wychodząc, gdyby ten czwarty królik utonął był także po wydechu, byłby był wciągnął do swych płuc na 1 kg. wagi nie 3·6 gr., lecz co najmniej 9·6 gr. wody, a zatem zaledwie o 4 gr. mniej od pierwszego. Tak więc krytyczne rozpatrzenie nieścisłych doświadczeń Marguliesa doprowadza nas znowu do tego pewnika, że tonący wciąga do swych płuc płyn w okresie duszności, a nie w okresie oddechów końcowych.

II.

W jednej z ostatnich swych prac dowodzi Revenstorf (7), iż rozcieńczenie krwi, zwłaszcza zawartej w lewej połowie serca, nie wskazuje jeszcze na wniknięcie płynu za życia do płuc, a tem samem i na śmierć wskutek utonięcia, jak to wykazali poprzednio Carrara, Stoenescu, H. K. W. Schmidt, Placzek i ja z Horoszkiewiczem.

Zdaniem jego może takie rozcieńczenie krwi lewego serca nastąpić także pośmiertnie w drodze „prawidłowej zmiany pośmiertnej“, t. j. w drodze dyfuzyi płynu, jaki wniknął do dróg oddechowych zwłok w nim zanurzonych, do „treści“ naczyń krwionośnych płuc, a stąd do krwi lewego serca. Twierdzenie to popiera Revenstorf szeregiem doświadczeń wykonanych w ten sposób, że wlewał zwłokom osób powieszonych wprost do tchawicy (przez kaniulę) wodę wodociągową, przyczem zwłoki te, z wyjątkiem jednego doświadczenia, ułożone były pionowo. Na 8 takich doświadczeń otrzymał w 3 z nich stwierdzone kryoskopem rozcieńczenie wodą krwi lewego serca ($\Delta = -0{\cdot}40, -0{\cdot}39, -0{\cdot}45$). Ten wynik, choćby nawet tylko trzech doświadczeń, pozostaje w sprzeczności z wynikami wszystkich poprzednio już wymienionych badaczy, albowiem nie zdołali oni nigdy stwierdzić rozcieńczenia krwi lewego serca u tych zwierząt, użytych do doświadczenia, które już po śmierci, w inny sposób wywołanej, we wodzie na dłuższy przeciąg czasu zanurzyli. Zdaniem Revenstorfa wywołuje dostanie się płynu topielnego za życia z płuc do krążącej krwi w naczyniach płucnych ogólne rozcieńczenie krwi w całym ustroju, t. j. także rozcieńczenie krwi żylnej, a więc zawartej w prawej połowie serca, gdy natomiast pośmiertne przedostanie się wody do naczyń płucnych rozcieńcza tylko krew tętniczą, t. j. zawartą w lewem sercu. Na tej podstawie twierdzi Revenstorf, że tylko wówczas dowodzi rozcieńczenie krwi śmierci wskutek utonięcia, jeźli to rozcieńczenie da się stwierdzić także w krwi żylnej (prawego serca). Przyznaje on jednak, że rzadko tylko udawało mu się stwierdzić rozcieńczenie krwi prawego serca w zwłokach osób notorycznie utopionych. Wobec tej zawodności próby kryoskopowej począł Revenstorf szukać innych sposobów, któreby umożliwiły stwierdzić obecność płynu topielnego w płucach, a zarazem wskazywały na to, że ten stwierdzony w płucach płyn dostał się do płuc jeszcze za życia.

Badając (8) płuca utopionych, znajdował Revenstorf różne składniki wody, w której oni utonęli, a przedewszystkiem plankton, złożony z resztek alg, zwłaszcza okrzemków (*diatomeae*) Otóż idąc za świeżym przykładem Reinsberga, przypisuje on obecności alg i okrzemków w płucach przy pewnych warunkach doniosłe rozpoznawcze znaczenie. Wychodząc z założenia, że człowiek tonący wciąga wodę wraz z wspomnianymi jej składnikami równomiernie do całych płuc, gdy natomiast do płuc zanurzonych zwłok odbywa się wnikanie wody wedle prawa ciężkości, oświadcza się Revenstorf za drobnowidowem badaniem płuc. Jeźli ono wykryje po całych płucach rozrzucone składniki wody (algi), to wynik ten dowodzi, iż denat za życia utonął, jeźli wykaże je tylko w pewnych częściach płuc, to usprawiedliwiony jest wniosek, iż zwłoki dopiero jako takie dostały się do wody.

Prócz tej metody planktonowej zaleca Revenstorf jeszcze metodę hemolityczną (9) do tego samego celu. Woda, wnikając za życia do płuc, dostaje się z nich do krwi zrazu lewej połowy serca, a stąd dalej do ogólnego krążenia, przyczem, o ile tylko powstanie dostateczna różnica stężenia cząsteczkowego między osoczem krwi, a treścią krwinek czerwonych, musi powstać hemoliza wskutek utonięcia (*Ertränkungshämolyse)*. Wskutek gnicia zwłok powstaje również hemoliza i ona to stanowi najwcześniejszą makroskopową cechę gnicia. Hemolizie gnilnej ulega najwybitniej krew żyły wrotnej, mniej krew żylna prawej połowy serca, a najmniej wyraźnie krew lewego serca i tętnic. Tymczasem hemoliza wskutek utonięcia jest najwybitniejsza właśnie we krwi lewego serca i tętnic, a w każdym razie większa, niż we krwi prawej połowy serca. Jeźli się stwierdzi hemolizę tylko we krwi serca (lewego), zarazem brak jej we krwi żyły wrotnej, to wynik ten będzie dowodem, że woda wniknęła do serca (lewego) po ustaniu krążenia, zatem po śmierci. Hemoliza wskutek utonięcia stanowi jakościowe znamię śmierci z utonięcia, które czułością swą przewyższa wszystkie inne znamiona jej, wykazalne we krwi zapomocą innych metod fizycznego badania.

Podniesiona już sprzeczność wyników doświadczeń Revenstorfa z wlewaniem wody do tchawicy i płuc zwłok z wynikami badań Carrary i innych badaczy, nie wyłączając tutaj wyników moich i Horoszkiewicza, skłoniła mnie do wykonania kilku doświadczeń, celem zbadania jej przyczyny.

Doświadczenia te podzieliłem na dwie grupy, z których w jednej zastosowałem sposób Revenstorfa, t. j. wlewałem wodę z zwykłego irygatora do płuc zwłok noworodków, (a raz do płuc zwłok dorosłego mężczyzny, zmarłego wskutek powieszenia), przez założoną w tym celu kaniulę tchawiczną, toż samo do płuc psa, poprzednio zabitego zapomocą cyanku potasowego, w drugiej zaś zastosowałem sposób, używany przez Carrarę i t. d., t. j. sposób, odpowiadający zupełnie zwykłemu porzuceniu zwłok do wody. W pierwszej grupie wlewałem wodę przez tchawicę do płuc zwłokom w pozycyi pionowej, po wlaniu otwierałem ich lewą komorę serca, zbierałem krew i określałem jej Δ. Na 4 w ten sposób wykonanych doświadczeń otrzymałem we wszystkich wyraźne rozcieńczenie krwi ($\Delta = -0{\cdot}40$, $0{\cdot}38$, $0{\cdot}46$, $0{\cdot}36$) W jednem z tych doświadczeń już po otwarciu lewej komory serca i po zebraniu jej krwi dla badania w kryoskopie, począłem ponownie wlewać do tchawicy zwłok wodę, a wówczas przekonałem się, że z żył płucnych poczęła ponownie wypływać krew obficie i coraz więcej wodnista, jasna, coraz bardziej rozcieńczona. W piątem doświadczeniu, wykonanem w ten sam sposób na zwłokach noworodka, stwierdziłem dowodnie wpływ ciśnienia, pod jakiem wpływał płyn przez kaniulę tchawiczną do płuc, albowiem im wyżej podnoszony był irygator, tem obficiej i silniej wypływał płyn w otwartym poprzednio przedsionku lewym serca z żył płucnych, zmięszany z krwią. Natomiast nie stwierdziłem rozcieńczenia krwi tak w zwłokach psów, otrutych gazem świetlnym, jak i w zwłokach dzieci, których krew z lewego serca badaną była kryoskopowo po 24 godzinach zanurzenia ich w basenie z wodą, zabarwioną błękitem metylenowym, mimo że ten rozczyn błękitu metylenowego zalegał ich płuca. O obecności rozczynu tego w płucach świadczyły: obraz wrzekomego obrzęku (*pseudooedema aquosum*), sine zabarwienie płuc, wreszcie wynik kryoskopowego badania płynu z nich wyciśniętego, dla którego Δ wahało się między $-0{\cdot}09$ a $-0{\cdot}13$. Płyn wyciśnięty z płuc jednego noworodka, którego płuca wypełniły się rozczynem błękitu metylenowego, wprowadzonego do nich z irygatora przez kaniulę tchawiczną (z wysokości 50 cm. nad tchawicą), posiadał $\Delta = -0{\cdot}08$, gdy sam rozczyn błękitu miał $\Delta = -0{\cdot}05$.

Doświadczenia te uczą, że płyn topielny może wniknąć do lewego serca z płuc w zwłokach, ale tylko wówczas, gdy wpływa on wprost przez otwartą tchawicę do płuc zwłok i pod znacznem ciśnieniem, jakie nastaje, gdy się go wpuszcza wprost z wodociągu, z irygatora i to zwłaszcza w pozycyi stojącej zwłok, że natomiast nie wniknie on do krwi lewego serca z płuc w zwłokach, w całości we wodzie zanurzonych, albowiem ciśnienie płynu, pod jakiem on wpływa wówczas do płuc, nie jest tak znaczne, a zwłaszcza jest ono złagodzone przez takie samo ciśnienie, jakie ten płyn wywiera na ściany klatki piersiowej. Dla tego też zarzut Revenstorfa, uczyniony kryoskopowemu sposobowi rozpoznania śmierci z utonięcia przez oznaczenie Δ krwi z lewego serca, jakoby takie same wyniki Δ można uzyskać przy badaniu krwi lewego serca tak osób zmarłych z utonięcia, jak i niekiedy zwłok, jako takich we wodzie zanurzonych, nie ma praktycznego znaczenia. W praktyce bowiem zdarzyć się mogą tylko przypadki wrzucenia zwłok ludzkich do jakiego płynu, n. p. wody, a nie przypadki, w którychby ktoś rozmyślnie płuca zwłok nastrzykiwał przez tchawicę płynem. Skoro zaś w przypadkach pierwszego rodzaju krew lewego serca nie ulega nigdy rozcieńczeniu, jak o tem pouczają zgodne wyniki badań Carrary i wszystkich późniejszych badaczy, przeto rozcieńczenie krwi lewego serca, stwierdzone zapomocą kryoskopu w zwłokach dobytych z wody, dowodzi zawsze śmierci z utonięcia. Jeden tylko zarzut, podniesiony już dawniej przez Revenstorfa przeciw kryoskopowej metodzie badania krwi zwłok utopionych jest słuszny, a zarzut ten tyczy się tego, iż rozcieńczenie krwi lewego serca może być stwierdzone tą metodą tylko wkrótce po śmierci zaszłej wskutek utonięcia, zwłaszcza, jeźli badanie przypada w ciepłej porze roku.

Badaniu kryoskopowemu płynu, wyciśniętego z płuc zwłok wydobytych z wody nie mogę przypisać żadnego znaczenia w przeciwstawieniu do Revenstorfa. Jak wiadomo wnika płyn topielny tak do płuc tonących, jak i do płuc zwłok w nim zanurzonych, zatem może on być wykrytym i w jednym i drugim razie zapomocą fizycznych metod badania, t. j. zapomocą określenia ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego lub zjawiska hemolizy. Wszak w podanych poprzednio doświadczeniach otrzymałem wyniki, świadczące o bardzo znacznem rozcieńczeniu płynu z płuc wyciśniętego, choć chodziło w tych doświadczeniach tylko o pośmiertne wniknięcie wody do płuc. Zresztą wykazaliśmy już z Horoszkiewiczem we wspólnej naszej pracy na podstawie odnoszących się do tego doświadczeń, że badaniu kryoskopowemu płynu uzyskanego z płuc zwłok, wydobytych z wody, nie można przypisywać żadnego znaczenia ze względu na rozpoznanie śmierci z utonięcia.

Z odnośnych badań Reinsberga, a obecnie i Revenstorfa wynika, że najpewniejszym środkiem do rozpoznania śmierci z utonięcia jest wykrycie w płucach planktonu, t. j. przedewszystkiem okrzemków. Zarzutowi, jaki uczyniliśmy tej metodzie badania, podanej przez Reinsberga, że plankton może się przecie także po śmierci dostać z wodą do płuc, stara się Revenstorf przeciwstawić różnicę wnikania wody do płuc człowieka żywo tonącego, a do płuc zwłok, wrzuconych do wody. Zdaniem jego wnika płyn topielny do płuc żywego osobnika wśród czynnego wdechu równomiernie do całych płuc, zaś wnikanie jego do płuc w zwłokach odbywa się wedle prawideł ciężkości, t. j. tyczy się tylko części płuc niżej położonych. Skutek tej różnicy wnikania płynu do płuc za życia, a po śmierci, uwidocznić się musi w sposobie rozmieszczenia cząstek planktonu w płucach tak, że jeźli one będą rozrzucone po całem płucu, to będą dowodem, że dostały się z wodą za życia do płuc, że zatem śmierć nastąpiła wskutek utonięcia, jeźli zaś znajdą się tylko w pewnych częściach płuc, to będą dowodem pośmiertnego wrzucenia ciała do wody.

Twierdzenie to może być teoretycznie słuszne, mimo to praktyka może dać wyniki odmienne. Już samo badanie płuc osób, zmarłych wskutek utonięcia, jeźli się stwierdzi w nich wyraźny stan „rozedmy wodnej", stwierdza dowodnie, że pewne ich części, jak to wynika także z trafnych dawniejszych wywodów Marguliesa (10), przedstawiają się silnie powietrzem, a nie płynem topielnym wypełnione. Te zatem ich części, do których woda z powodu zagęszczenia się w nich powietrza nie mogła wniknąć, nie będą mogły zawierać cząstek planktonu. Równomierne rozmieszczenie się wody i zawartego w nich planktonu w płucach osób tonących musiałoby tylko wówczas nastąpić, gdyby ich płuca w chwili ich zanurzenia się w wodzie były całkiem bezpowietrzne. Zresztą uczą wyniki doświadczeń, n. p. A. Paltaufa, moich i Horoszkiewicza, że płyny zabarwione, w których giną zwierzęta, wnikają tylko do pewnych części płuc, a nie do ich całości, zupełnie tak samo, jak i wówczas, gdy się zwłoki ich zanurzy, a nawet w tym ostatnim razie większa jeszcze część płuc wypełni się płynem i wywoła obraz, nazwany przezemnie i Horoszkiewicza „wrzekomym obrzękiem wodnym", gdyż płuca zwłok zawierają z natury rzeczy mniej powietrza stawiającego opór napływającemu płynowi, niż płuca żywego osobnika. Jeźli zaś płyn wnika przez tchawicę do płuc zwłok pod ciśnieniem, n. p. przy wlewaniu go z irygatora, wówczas niemal całe płuca wypełniają się nim, jak to stwierdziły doświadczenia nasze, z Horoszkiewiczem podjęte i obecnie jeszcze przezemnie powtórzone i powyżej już omówione. Zresztą dla rozstrzygnięcia, czy i o ile różni się rozmieszczenie płynów charakterystycznych w płucach osobników za życia, a po śmierci w nie zanurzonych, wraz z uwzględnieniem rozmieszczenia w nich planktonu, będą jeszcze podjęte badania przez moich uczniów.

Zjawisko hemolizy krwi lewego serca u zwierząt utopionych nie uszło uwagi mojej i Horoszkiewicza (11), chociaż, jak to słusznie zaznacza Revenstorf, podobnie jak inni badacze nie podnieśliśmy go do rzędu cech rozpoznawczych śmierci wskutek utonięcia. W czterech doświadczeniach moich obecnych, opisanych poprzednio, stwierdziłem mniej lub więcej wybitną hemolizę we krwi lewego serca, przy słabej hemolizie krwi serca prawego. Mimo to jednak, że hemoliza, jak to wynika z przypadków, zestawionych przez Revenstorfa, daje się częściej stwierdzić w zwłokach osób zmarłych wskutek utonięcia, niż rozcieńczenie ich krwi z lewego serca zapomocą kryoskopu, nie przewyższa w tym względzie o wiele metody kryoskopowej. Na 21 przypadków śmierci z utonięcia, badanych przez Revenstorfa, w 3 stwierdził on kryoskopem rozcieńczenie krwi, a w 7 hemolizę wskutek utonięcia; w 6 z nich nie dała się wogóle stwierdzić hemoliza, w 8 zaś pozostałych należało ją jedynie odnieść do gnicia, które, jak to nader

słusznie zauważa Revenstorf, może się jeszcze przy sekcyi zwłok, przez pewien czas leżących w wodzie, nie objawić żadną wyraźniejszą cechą, a mimo to może już wywołać hemolizę krwi, ile że zwłaszcza hemoliza stanowi najwcześniejszy objaw gnicia. Z tego więc powodu i zjawisko hemolizy w nielicznych tylko przypadkach użyczy podstawy do rozpoznania, czy utonięcie nastąpiło za życia, czy też po śmierci. Gdy nadto badanie krwi na zjawisko hemolizy, podobnie zresztą, jak i badanie kryoskopowe, jest mało dostępne dla praktycznego lekarza sądowego, wykonującego sekcyę często poza miejscem swej siedziby i nie posiadającego stosownego urządzenia do tego rodzaju badań, przeto winno być usilnem staraniem badaczy, użyczyć praktycznemu lekarzowi sądowemu innych, dlań dostępniejszych sposobów rozpoznania śmierci z utonięcia. Do nich należy w pierwszym rzędzie odmienny obraz, jaki mogą przedstawiać płuca zmarłego wskutek utonięcia (*emphysema aquosum*) od obrazu, jaki przedstawiają płuca zwłok, wrzuconych do wody (*pseudooedema aquosum*), na co już również z Horoszkiewiczem zwróciłem uwagę. Wartość rozpoznawcza objawu, podanego przez Fagerlunda (niemożność przedostania się płynu topielnego poza żołądek zwłok, nie dotkniętych jeszcze zgnilizną, wrzuconych do wody) powinna być jeszcze doświadczalnie wypróbowaną.

Piśmiennictwo. 1) Experimentelle Studien zur Lehre vom Ertrinkungstod. Vierteljschr. f. ger. Med. 1904. T. 28 Dokładna literatura — 2) Ertrinkungsgefahr und Rettungswesen an der See. Berlin. klin. Wochenschrift 1905. Nr. 25. — 3) Zur Lehre vom Ertrinkungstode. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1905. T. 86 Str. 159. — 4) Ueber den Tod durch Ertrinken. Wien-Leipzig 1888. Str. 110—123. — 5) Ueber den Tod durch Ertrinken. Inaug.-Dissert. Berlin. Str. 21—23. — 6) Lehrb. d. ger. Med. Wien-Berlin. 1903. — 7) Der gerichtsärztliche Nachweis des Todes durch Ertrinken. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. 1905. Nr 5. — 8) Der Nachweis der aspirierten Ertränkungsflüssigkeit als Kriterium des Todes durch Ertrinken. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1904. T 27 Str. 274. — 9) Weiterer Beitrag zur ger.-ärztl. Diagnostik des Ertrinkungstodes. Münch. Med. Wochenschr. 1905. 11/12. — 10) Die Casper'sche Hyperaërie. Vierteljschr. f. g. M 1903. T. 26. — 11) jak pod 1) Str. 270.

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej“ (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał

Dr Romuald Węgłowski

docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

(Dokończenie).

Nowotwory przełyku.

Najczęstszą chorobą przełyku są jego nowotwory; lecz o ile częste są nowotwory złośliwe, o tyle rzadkie nowotwory łagodne. Obrazy ezofagoskopowe łagodnych nowotworów opisali dotychczas tylko Hacker i Hermer.

Hacker znalazł niewielkiego włókniaka na tylnej ścianie przełyku, w okolicy podziału tchawicy. Hermer opisał gładki przeźroczysty nowotwór o średnicy 1,5 ctm., usadowiony na szypułce. Charakteru tego nowotworu nie mógł określić, podczas bowiem badania nowotwór oderwał się i wpadł do żołądka.

Spostrzegałem łagodne nowotwory przełyku 2 razy. W jednym przypadku u 45-letniego pijaka znalazłem na tylnej ścianie gardła i szyjnej części przełyku szereg niewielkich brodawczaków. Największy z nich znajdował się w odległości 19 ctm. od zębów, na przedniej ścianie przełyku (tabl. I, fig. 11). Powierzchnia jego była nierówna, zorana malemi bróździkami. Brodawczak ten siedział na szypułce, mającej w średnicy 3 mlm. Odciąłem go zapomocą ostrej łyżeczki. Badanie drobnowidowe stwierdziło typowego brodawczaka, pokrytego warstwą płaskiego nabłonka. W drugim przypadku, u 32-letniego chorego, przy nader wyraźnych objawach utrudnienia połykania, znajdował się nad wpustem niewielki polip (tabl. I. fig. 16); zwieszał się on w dół i zasłaniał wejście do żołądka. Usunąłem go ostremi szczypcami. Badanie drobnowidowe wykryło nader złożoną budowę, wskazującą najprawdopodobniej na zarodkowe pochodzenie nowotworu.

Rak przełyku jest obecnie jedną z najstraszniejszych i beznadziejnych chorób. W dzisiejszych warunkach walczyć z tem cierpieniem może tylko chirurgia, lecz niestety wszelkie usiłowania, by doszczętnie usunąć zajęte rakiem części przełyku, kończą się niepomyślnie.

Przyczyną bezskuteczności tych usiłowań jest z jednej strony mało opracowana technika operacyjna, z drugiej zaś to, że dotychczas brak sposobów wczesnego rozpoznania raka przełyku, określenia jego siedziby i stosunku do sąsiednich narządów. Gdy z czasem nauczymy się wyświetlać wczesne objawy rozpoczynającego się raka, wówczas będziemy mieli w ręku daleko silniejszy oręż do pomyślnej walki. Ścisłe i szczegółowe rozpoznanie raka przełyku możliwe jest tylko przy użyciu ezofagoskopu, dlatego więc tylko od udoskonalenia tej metody badania możemy oczekiwać lepszych wyników w walce z tem strasznem cierpieniem.

Rak przełyku rozwija się albo z głębokich warstw nabłonka, albo z komórek przewodów wydzielniczych gruczołów śluzowych, albo też wreszcie (w razach wyjątkowych) z komórek samych gruczołów. Najczęstsze są raki płaskokomórkowe z typowemi perełkami rakowemi, wychodzące z nabłonka przełyku. Takie raki najpierw szerzą się na górne warstwy nabłonka i wystają ku światłu przełyku w postaci niewielkich guziczków; na tkankę podśluzową przechodzą zaś nieco później. Ta postać raka wcześnie wywołuje objawy utrudnionego połykania i dość rychło wiedzie do zwężenia światła przełyku. Przeciwnie zaś raki, które rozwijają się z komórek przewodów gruczołowych, szerzą się pierwotnie w tkance podśluzowej, a znacznie później przechodzą na błonę śluzową i na mięśnie przełyku. Z tego powodu objawy zwężenia przełyku przy tej postaci raka rozwijają się znacznie później, mianowicie wtedy, gdy rak zajmuje już dość znaczną przestrzeń ściany przełyku.

Szczególnie ważną i znamienną wskazówkę dla rozpoznania raka przez ezofagoskop tworzy zmniejszenie ruchów tej części przełyku, która zajęta jest przez nowotwór. Światło prawidłowego przełyku pod wpływem ruchów oddechowych to się rozszerza, to zwęża; gdy zaś którąkolwiek jego część zajmie nowotwór, traci ona właściwą swą elastyczność i ruchy. Im dalej posuwa się rak w głębsze warstwy ściany, tem wyraźniej zmniejsza się ta ruchomość przełyku. Nadto, ponieważ przełyk w prawidłowym stanie otoczony jest wiotką tkanką łączną, więc daje się znacznie przesuwać w jedną lub drugą stronę zapomocą rury ezofagoskopu. Skoro zaś rak zajmie nietylko przełyk, lecz i sąsiednie

tkanki szyi lub śródpiersia, wówczas nie udaje się przełyku w tem miejscu zapomocą ezofagoskopu na bok przesuwać. Przy badaniu przez ezofagoskop można prawie zawsze określić stan owej *biernej ruchomości* przełyku. Wogóle zaś te dwa sposoby ocenienia ruchomości przełyku pozwalają bardzo dokładnie określić rozszerzanie się raka na ściany przełyku i na sąsiednie narządy.

Obrazy raka przy badaniu ezofagoskopem są dość typowe i zwykle można je rozpoznać bez wielkich trudności, chociaż w samym początku rozwoju niekiedy zawodzą. By uniknąć wszelkich wątpliwości, należy koniecznie *w każdym przypadku wycinać* zapomocą ostrych szczypczyków niewielkie *kawałeczki nowotworu dla badania drobnowidowego*. Jeżeli nowotwór składa się z guzków, odcinam najbardziej wystające ich części; jeżeli utworzyły się wrzody rakowe, wycinam cząstkę z brzegu wrzodu. Przypadkowe wycięcie cząstki prawidłowej błony śluzowej nie pociąga za sobą żadnych prawie powikłań.

Jak już wspomniałem, ezofagoskopowe obrazy raka przełyku zależą od postaci, rozwoju i siedziby nowotworu. Każdy niemal przypadek ma swe odmienne cechy. Gdy rak rozwija się z nabłonka, guzki nowotworowe różnych rozmiarów i kształtów zwykle wysuwają się najpierw do światła przełyku. W szyjnej części przełyku takie mało rozwinięte guzki nie zwracają wielkiej uwagi, ponieważ bardzo nieznacznie zmieniają światło przełyku. Baczną uwagę trzeba zwracać na zmniejszone ruchy i jakby zdrętwiałość zajętych rakiem miejsc. Miejsca te przy naciskaniu rurą ezofagoskopu różnią się od prawidłowej błony śluzowej tem, że nie przesuwają się gładko i elastycznie, lecz odstają i jakby jeżą się. Barwa tych miejsc z początku bywa zazwyczaj biaława, później zaś sinawa. Fig. 2 na tablicy II daje wyobrażenie o takim rozpoczynającym się dopiero raku szyjnej części przełyku, w odległości 19 ctm. od zębów.

W piersiowej części przełyku, gdzie światło jest otwarte, owe guzki rakowe daleko znaczniej zmieniają kształt światła i dla tego dostrzedz i poznać je łatwiej. Zwykle światło piersiowej części przełyku bywa okrągłe lub owalne, guzki zaś rakowe nadają jednej stronie linię łamaną lub falistą (tabl. II, fig. 3 i 4). Wyobrażony na fig. 3 rak znajdował się w odległości 24 ctm. od zębów, na fig. zaś 4-ej w odległości 37 ctm.

Rozwijając się nieustannie dalej, rak dąży w głąb i wszerz, ogarnia coraz to większą przestrzeń i nareszcie obejmuje światło przełyku pierścieniasto. Ezofagoskopowy obraz takiego nie owrzodziałego rakowego pierścienia widzimy na fig. 5, tabl. II.

Rozwojowi i szerzeniu się raka towarzyszy zwykle bezpośrednio obumarcie, zgorzel tkanki rakowej i wytworzenie się owrzodzenia rakowego. Rozpoczyna się to zwykle od łuszczenia się powierzchownego nabłonka, które stopniowo przetwarza się w typowy wrzód rakowy. Te postacie raka, które rozwijają się z powierzchownego nabłonka, bezwątpienia ulegają martwicy rychlej, niż postacie raka, rozwijające się z głębszych warstw.

Ezofagoskopowe obrazy owrzodzenia rakowego są dość typowe: w znacznej większości przypadków znajdujemy zwężenie światła przełyku, naciek rakowy błony śluzowej, oraz cały szereg powierzchownych płaskich owrzodzeń (tabl. I, fig. 12). Czasami takich owrzodzeń bywa kilka (tabl. II, fig. 8).

Z czasem zgorzel tkanki rakowej sięga dalej w głąb i wytwarza głęboki wrzód rakowy z brudnem i nierównem dnem i stwardniałymi, wysokimi brzegami. Na tabl. I, fig. 13 widać taki niewielki, lecz głęboki wrzód rakowy w piersiowej części przełyku. Nowotwór tu znacznie się rozszerzył, zajął tylną ścianę przełyku i prawie zupełnie zamknął światło przełyku. Większy wrzód rakowy, zajmujący całą prawie powierzchnię nowotworu, widzimy na tabl. I, fig. 15.

Jeżeli nowotwór obejmuje światło przełyku pierścieniasto, wówczas i owrzodzenie rakowe ma także kształt pierścienia, a raczej lejka, zwróconego szerokim końcem ku górze, a wązkim ku dołowi. Ściany lejka stanowią obumarłe masy rakowe, na dnie zaś widać zwężone światło przełyku (tabl. I, fig. 14; tabl. II, fig. 7). Lejkowate wrzody rakowe w szyjnej części przełyku dość często mają wysokie i jakby wywrócone brzegi (tabl. II, fig. 6).

Oprócz opisanych wyżej postaci raka przełyku, czasami zdarza się rak w kształcie polipa, osadzonego na szypułce. Rozmiary takiego polipa zazwyczaj nie przewyższają 1—1,5 ctm., chociaż czasem dochodzą do 3—4 ctm. Miałem sposobność badać jeden taki przypadek, gdzie polip rakowy, wielkości 4×3 ctm., usadowiony w dolnej części przełyku, przekroczył przez wpust do żołądka i swobodnie w nim wisiał. Obrazy ezofagoskopowe potwierdziła w tym przypadku sekcya. Wogóle takie polipy rakowe znajdują się najczęściej w pobliżu wpustu.

Od łagodnych polipów rakowe odróżniają się tem, iż są mniej ruchome, mają dość grubą szypułę, a część ściany przełyku naokoło szypuły zasiana bywa guzkami rakowymi.

Na tablicy II, fig. 9, wyrysowano takiego niewielkiego polipa, usadowionego nad wpustem. Fig. 10 na tablicy II przedstawia polipa znacznie większego, stwierdzonego także w dolnej części przełyku.

W piersiowej części przełyku znacznie częściej, niż polipy, spotykamy nowotwory rakowe w postaci brodawczaków. Gałązki takiego brodawczaka rakowego bardzo często pozbawione są nabłonka, łatwo krwawią przy najmniejszem uszkodzeniu. Dość często można widzieć, że tylko środkowa część nowotworu składa się z brodawkowatych rozgałęzień, część zaś obwodowa składa się ze zwyczajnych guzków rakowych. Tablica II, fig. 11 i 12, przedstawia obrazy takich brodawczaków rakowych, usadowionych w odległości 30 i 31 ctm. od zębów.

Odrębne stanowisko pośród raków przełyku zajmują raki wpustu żołądka. Te raki, które się wytwarzają w dolnej części przełyku i później szerzą się na wpust, niczem się nie różnią od wyżej wymienionych; zmieniają tylko kształt wpustu, a rozpoznać je zapomocą ezofagoskopu dość łatwo. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy rak rozwija się niżej szpary, czyli rozetki, stanowiącej granicę wpustu. Błona śluzowa przełyku niżej otworu przeponowego na pewnej przestrzeni zachowuje jeszcze swoje znamienne cechy i dopiero o 3—4 ctm. niżej przybiera cechy błony śluzowej żołądka. Rozwijający się w tem miejscu rak rozrasta się w górę i w dół i najpierw unieruchomia fałdy wpustu, wywołując oczywiście zwężenie. W ezofagoskopie wpust w tych przypadkach wygląda wcale prawidłowo. Podejrzenie powinna wzbudzić tylko nieruchomość samych fałdów podczas oddechu, oraz przeszkoda dla przesuwania rury ezofagoskopu dalej do żołądka. Jednakże objawy te spotyka się i w in-

nych cierpieniach przełyku, jak n. p. w kurczu wpustu, wobec czego kurczu od raka wpustu dość często nie można stanowczo rozróżnić. Badanie drobnowidowe skrawków, wyciętych z okolicy wpustu, często najlepiej wyjaśnia wątpliwości

Oprócz wyżej wymienionych przypadków, objawy zwężenia przełyku wywołują także raki żołądka, stopniowo rozszerzające się na wpustową część przełyku. Budowa tych raków znacznie się różni od budowy raków przełyku, ponieważ raki żołądka nigdy nie bywają złożone z komórek płaskich.

Obrazy ezofagoskopowe są różne i zależą wyłącznie od rozwoju raka i od szerzenia się jego na wpust. Najczęściej te raki żołądka przybierają kształt grzyba, lub kalafiora. W niektórych przypadkach te masy rakowe sterczą w otworze ezofagoskopu tylko z jednej strony (tabl. II, fig. 13), w innych zaś otaczają one wpust pierścieniem lub półpierścieniem (tabl. II, fig. 14).

Przy bardzo daleko posuniętych rakach, nowotwór szerzy się na żołądek, wpust i dalej na dolną część przełyku. Ponieważ tak szerzący się nowotwór ulega jednocześnie zgorzeli, przeto wytwarza się ogromne lejkowate owrzodzenie rakowe, którego wązki koniec zwrócony jest ku górze, a część rozszerzona znika w ścianach żołądka.

Bliznowate zwężenia przełyku.

Przy zwężeniach bliznowatych przełyku badanie zapomocą ezofagoskopu jest niezbędne nietyle dla rozpoznania choroby, ile dla jej leczenia. Uchyłki i fałszywe drogi, które nieraz powstawały przy dawniejszych sposobach rozszerzania zwężonego przełyku na ślepo, powinny obecnie zniknąć zupełnie, gdy można wprowadzać rozszerzadła lub zgłębniki pod nadzorem oka.

Obrazy ezofagoskopowe bliznowatych zwężeń przełyku są rozmaite. Trzeba jednakże zaznaczyć, iż te obrazy odnoszą się tylko do wejścia w zwężoną część przełyku, ponieważ głębiej bez poprzedniego rozszerzania wsunąć rury ezofagoskopu nie można. Już jednak dokładne zbadanie wejścia do zwężenia ma ogromne znaczenie tak teoretyczne, jak i praktyczne.

Niegłębokie powierzchowne blizny długo zachowują barwę czerwonawo-burą, czem znacznie wyróżniają się od sąsiedztwa przy oglądaniu zapomocą ezofagoskopu.

Jeżeli blizny wytworzyły się tylko w błonie śluzowej, wtedy przy ezofagoskopowaniu piersiowa część przełyku przedstawia obraz niezmiernie znamienny: blizny tu biegną najczęściej w kierunku poprzecznym i wystają jako sierpowate, półksiężycowate fałdeczki i zmarszczki (tabl. II, fig. 16, 17, 18 i 20), zwężające światło przełyku.

Zmarszczki te i fałdeczki tworzą się nietylko z samych blizn, lecz także i z prawidłowej błony śluzowej, ściągniętej przez blizny, leżące na przeciwległej ścianie przełyku. Przy dotykaniu zgłębnikiem fałdeczki bliznowate są twarde i naprężone, jak struny, fałdy zaś błony śluzowej są przeciwnie miękkie i podatne.

Przy bliznach powierzchownych ruchy oddechowe przełyku, chociaż istnieją jeszcze, lecz wydają się słabsze, aniżeli w przełyku prawidłowym.

W trudniejszych przypadkach, gdy zbliznowacenie zajmuje nietylko błonę śluzową, lecz i głębsze warstwy, widać przy badaniu ezofagoskopowem również fałdy poprzeczne i sierpowate, jednakże wtedy wszystkie fałdy są twarde, nieruchome i jakby odrętwiałe. W przełyku nie dostrzega się wtedy żadnych ruchów oddechowych.

Samo zwężenie, czyli wejście do zwężenia, wygląda jako mniej lub więcej bliznowaty lejek, na którego końcu widać okrągłe lub owalne światło; dość często sprawia ono wrażenie części pochwowej macicy (tabl. II, fig. 18), zwłaszcza. gdy przełyk ponad zwężeniem jest nieco rozszerzony, a wejście do zwężenia jakby nieco wgłębione w owo rozszerzenie.

Przy ciężkich oparzeniach przełyku zwykle najsilniej uszkodzoną bywa część przełyku ponad wpustem. Dla tej części przełyku znamiennem jest tworzenie się potem twardych, sztywnych, rurkowatych zwężeń bliznowatych. Ściany takiej bliznowatej rury nie mają żadnych zmarszczek, ani fałdów, chociaż są niegładkie i nierówne, ponieważ są pozbawione na całej swej przestrzeni błony śluzowej. W początkowym okresie wewnętrzna powierzchnia tej rury złożoną jest z łatwo krwawiącej ziarniny, w okresach zaś późniejszych, gdy się już utworzy blizna, powierzchnia miejscami bywa białawą, miejscami czerwono-burą z rozsianemi tu i owdzie owrzodzeniami.

Jak już wspomniałem, oddaje ezofagoskopia największe usługi przy leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku nietylko dla tego, że pozwala pod nadzorem oka prędko i energicznie rozszerzać zgłębnikami zwężenie, lecz także i dla tego, że również pod nadzorem oka pozwala ona łatwo zastosowywać tak energiczne sposoby rozszerzania, jakiemi są wsuwanie tupelo i błaszecznicy *(laminaria)*.

Przyczyną zwężeń bliznowatych przełyku bywają przeważnie wszelkiego rodzaju uszkodzenia przełyku, lub też sprawy zapalne. Uszkodzenia najczęściej bywają chemiczne: oparzenia przełyku płynami żrącymi.

Stopień i miejsce oparzenia bywają zwykle ściśle określone. Połknięcie płynów żrących wywołuje krótkotrwały kurcz zwieracza gardła; kurcz ten zatrzymuje na pewien czas płyn i wytwarza w tem miejscu oparzenie. Dalej znaczne oparzenie wywołuje płyn żrący w okolicy podziału tchawicy. Przejście płynu przez część piersiową przełyku wywołuje silny odruchowy kurcz wpustu, wskutek czego płyn na długo zatrzymuje się w dolnej części przełyku, sprawiając tu n a j s i l n i e j s z e oparzenie.

Na tablicy II, fig. 16, widzimy dość znaczne bliznowate zwyrodnienie piersiowej części przełyku po oparzeniu kwasem siarkowym. Całą powierzchnię tej części przełyku pokrywają drobne, twarde, sierpowate blizny i zmarszczki poprzeczne. Głębokie rurkowate zwężenie dolnej części przełyku, z nierówną, pokrytą ziarniną i owrzodzeniami powierzchnią przedstawia fig. 15, tabl. II.

Na tablicy II, fig. 17 i 18, przedstawiono obrazy bliznowatego zwężenia części piersiowej przełyku u 19-letniej chorej po oparzeniu amoniakiem. Na fig. 17 wyrysowano miejsce przejścia części szyjnej w część piersiową przełyku; błona śluzowa jest tu mniej więcej prawidłowa, w głębi zaś widać światło, zwężone bliznowatemi zmarszczkami. Wejście do zwężenia przedstawione jest na fig. 18. Błona śluzowa uległa tu prawie zupełnie bliznowatemu zwyrodnieniu, brzegi zwężenia są zaostrzone, twarde i wpuklają się ku górze nakształt części pochwowej macicy. W głębi widać takież same blizny.

Zwężenie nieznaczne widzimy na tabl. II, fig. 19 i 20; było to u chorego, który przez nieostrożność oparzył się ługiem żrącym. Fig. 19 — szyjna część przełyku; część ta znaczniej jest zwężona, a blizny przebiegają wzdłuż nakształt promieni, wychodzących z jednego punktu. Po dokładnem rozszerzeniu zwężenia szyjnej części przełyku można było obejrzeć część piersiową (fig 20); powierzchnia jej pokryta była dużemi, głębokiemi, sierpowatemi fałdami nieprawidłowo ściągniętej błony śluzowej.

Oprócz tych przypadków spostrzegałem u trojga chorych zwężenie przełyku, wywołane przez ostrą sprawę zapalną i następowe wytworzenie się blizn. Zwężeniu temu uległa jednakże znacznie mniejsza część przełyku, blizny zaś były powierzchowne, nietrwałe i rozmieszczone bardzo nieregularnie.

We wszystkich tych przypadkach bliznowatych zwężeń przełyku rozszerzałem tylko przez ezofagoskop, używając to zwyczajnych rozszerzadeł, to tupelo, to blaszecznicy. Dzięki ezofagoskopowi mogłem swobodnie stosować forsowne, a prędkie rozszerzanie przełyku bez żadnej obawy. Zwyczajny przebieg leczenia przy pomocy ezofagoskopu nie trwał więcej nad 2—3 tygodnie, zamiast dawnych kilku miesięcy.

Kurcz wpustu.

Cierpienie to, szczególnie zaś jego przyczyny nie są jeszcze dokładnie zbadane.

W roku 1877 Zenker i Ziemssen opisali przypadek olbrzymiego rozszerzenia przełyku, w którym ani badania kliniczne, ani sekcya nie wykryły żadnej przyczyny. Z piśmiennictwa zebrali oni jeszcze 17 podobnych przypadków. W roku 1881 pierwszy Strümpell, a za nim w roku 1887 Mikulicz wypowiedzieli przypuszczenie, iż takie rozszerzenia przełyku wywołane są przez kurcz wpustu. To zapatrywanie i do dziś dnia jest panującem, tem bardziej, iż potwierdziły je badania ezofagoskopowe. Przy badaniu ezofagoskopowem wpust żołądka zawsze jest kurczowo zaciśnięty i ma postać rozetki, lub gwiazdeczki, ułożonej z fałdów błony śluzowej przełyku (tabl. I, fig. 6 i tabl. II, fig. 21). Przesuwanie rury ezofagoskopu przez ściśnięty wpust napotyka wtedy zawsze na pewien elastyczny opór.

Kurcz wpustu zaczyna się zwykle zwolna, jako cierpienie przewlekłe, a zdarza się przeważnie w wieku dojrzałym. Jako najwcześniejszy objaw zwraca uwagę pewna przeszkoda przy połykaniu płynów, zwłaszcza drażniących. Dla pokonania tej przeszkody chory połyka kilka razy tylko powietrze, co zwiększa ciśnienie w części piersiowej przełyku, przezwycięża kurcz wpustu i przesuwa pokarm do żołądka.

Często i ludzie zdrowi doznają podobnego kurczu wpustu przy połykaniu płynów drażniących, zawierających w sobie kwas węglowy (wody gazowe, szampan i t. d.).

Przy długo trwającym kurczu wpustu coraz to znaczniejsze zatrzymywanie się pokarmów wywołuje rozszerzenie przełyku. Największemu rozszerzeniu ulega dolna część przełyku; ku górze i ku żołądkowi to rozszerzenie stopniowo się zmniejsza, skąd często nadawano temu cierpieniu nazwę: „samorodne wrzecionowate rozszerzenie przełyku“.

Przy oglądaniu rozszerzonego przełyku zapomocą ezofagoskopu znamiennem jest to, iż pomimo rozszerzenia światła błona śluzowa układa się w nieprawidłowe, poprzeczne fałdy, jak to widzimy na tabl. I, fig. 9 i 10. Błona śluzowa ma odcień brudnawy, wywołany nieżytem przewlekłym.

Muszę nadmienić raz jeszcze, iż bardzo często rak wpustowej części przełyku bywa brany za kurcz wpustu, ponieważ i objawy kliniczne i obrazy ezofagoskopowe tych cierpień są bardzo do siebie podobne. Głównem jednakże znamieniem kurczu wpustu jest miękkość i elastyczność powstających fałdów, a także dość łatwe rozsuwanie się ich przy naciskaniu ezofagoskopem. Fałdy przy raku wpustu są przeciwnie zawsze twarde, sztywne i stawiają niepokonany opór rurze ezofagoskopu. Wogóle zaś dość często trzeba poddać chorego dość długiej obserwacyi i kilkakrotnemu badaniu, by módz stanowczo określić rodzaj cierpienia.

Badałem 12 przypadków kurczu wpustu; większą część ich badałem kilkakrotnie w przeciągu $1^1/_2$ —2 lat. Leczyłem je z dobrym wynikiem (oprócz dyety, wód mineralnych i przepłukiwania przełyku) rozszerzaniem wpustu zapomocą grubych rozszerzadeł (NN 40—50). Mikulicz radzi rozszerzać dopiero po utworzeniu przetoki żołądkowej; przypuszczam jednakże, iż jest ona zbyteczna.

Uchyłki przełyku.

Ten dział cierpień przełyku nie jest zbyt wdzięcznem polem dla ezofagoskopii, która tu nie daje dokładnych wyników, albowiem tylko wyjątkowo udaje się zapomocą ezofagoskopu odrazu rozpoznać uchyłek.

Uchyłki przełyku, jak wiadomo, mają zwykle pewną typową siedzibę Przypominam, że światło szyjnej części przełyku zawsze jest zapadnięte i ma kształt podłużnej, lub nieprawidłowej szpary, utworzonej z fałdów błony śluzowej. Jeżeli w tej części przełyku powstanie uchyłek, to jego ściany i wejście także muszą być zapadnięte, wobec czego nadzwyczaj jest trudno przy pierwszem badaniu ezofagoskopem ściśle określić wśród fałdów błony śluzowej wejście do uchyłka, które odznacza się tylko jeszcze jednym nadliczbowym fałdem lub szparą. Z tego powodu większość autorów opisuje ezofagoskopowe obrazy uchyłków w swoich spostrzeżeniach tylko po dokładnem i kilkakrotnem badaniu. Daleko łatwiej rozpoznać w ezofagoskopie uchyłek piersiowej części przełyku, której światło zawsze jest otwarte.

Miałem sposobność spostrzegać tylko jeden przypadek uchyłka przełyku. Uchyłek znajdował się w szyjnej części przełyku i dawał ezofagoskopowy obraz taki, jaki widzimy na tabl. II, fig. 22. Na odległości 17—18 ctm od zębów ciągnął się na tylnej ścianie przełyku poprzeczny wałeczek z błony śluzowej. Do środkowej części tego wałeczka z tyłu i z przodu schodzą się na kształt promieni nowe fałdy błony śluzowej i jakby znikają pod nim. Są to zapadnięte światła uchyłka i przełyku. Zgłębnik przy wprowadzeniu od przodu, t. j. przed wałeczkiem błony śluzowej, wchodzi aż do żołądka; jeśli zaś wprowadzać go od tyłu, poza wałeczkiem, w szparę między tylną ścianą przełyku i wałeczkiem, to wchodzi on tylko na jakie 2 ctm. i napotyka tu opór.

Ugniecenie przełyku od zewnątrz nowotworami, tętniakami i t. p.

W sprawach tego rodzaju przełyk uczestniczy tylko biernie, wobec czego samo ugniecenie światła przełyku nie wiele daje wskazówek dla określenia przyrody głównego

cierpienia. W szyjnej części przełyku, gdzie światło prawidłowo jest zapadnięte, ugniecenie przełyku od zewnątrz nie wytwarza znamiennych obrazów ezofagoskopowych. — W części zaś piersiowej, gdzie światło powinno być szeroko otwarte, ugniecenie przełyku przez nowotwory, lub tętniaki tętnicy głównej łatwo rozpoznać przy badaniu ezofagoskopowem. Obrazy ezofagoskopowe nie zależą od rodzaju cierpienia i przedstawiają tylko zwężenie światła piersiowej części przełyku. Światło to przybiera zwykle w tych przypadkach postać półkrągłej szpary wskutek przyciśnięcia jednej ściany przełyku do drugiej.

Na tabl. II. fig. 23 i 24, przedstawiono ezofagoskopowe obrazy ugniecionego przez tętniaki tętnicy głównej światła piersiowej części przełyku; światło przełyku jest zapadnięte i ma kształt półksiężyca.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Hans Kehr. **Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit.** (Wewnętrzne i chirurgiczne leczenie kamicy żółciowej). Nakład J. F. Lehmanna. Monachium, 1906. Stron 176, 1 tablica. Cena 4 mk.

Dziełko Kehra jest opracowaniem wykładu, wygłoszonego przy otwarciu domu »Für das ärztliche Fortbildungswesen« w Berlinie. Na początku zastrzega się autor, że chociaż specyalnie zajmuje się operacyami w kamicy żółciowej, bynajmniej nie odrzuca leczenia wewnętrznego, o czem świadczy najlepiej to, że na 3000 przypadków, w których udzielał porady, operował tylko w 1108, t. j. w 37 prc.; pamiętać zaś należy, że wszyscy chorzy przysłani zostali do autora przez lekarzy, lub zgłosili się sami sądząc, że będą operowani.

Roztrząsając przyczyny tworzenia się kamieni, przyłącza się autor do zdania tych, którzy kamicę żółciową uważają zawsze za skutek zakażenia dróg żółciowych. Kamienie tworzą się prawie jedynie w pęcherzyku żółciowym, w przewodzie wątrobowym rzadko; we wspólnym przewodzie zawsze są następowymi. U kobiet jest kamica 4 razy częstszą, niż u mężczyzn, a zdarza się głównie po 60 roku życia. Położenie społeczne, jako też odżywienie nie ma żadnego wpływu na powstawanie kamicy. Uraz budzi często chorobę z uśpienia (okresu utajenia) i bywa uważanym za bezpośrednią jej przyczynę. Wogóle kamienie żółciowe (utajone) ma co dziesiąty prawie człowiek.

W razie istnienia kamieni prawie zawsze w żółci stwierdzić można drobnoustroje. Sprawa zapalna woreczka udziela się otoczeniu, tworzą się zrosty z otoczeniem, sprawiające różne przypadłości, jak żołądkowe, kiszkowe, nieraz także naśladujące zapalenie wyrostka robaczkowego. W sprawie chorobowej bierze często udział i trzustka (33 prc.), ulegając ostremu lub przewlekłemu zapaleniu, obumarciu lub ropieniu. Ból, znamienny dla kamicy, rzadko jest skutkiem mechanicznego działania kamieni, a kolkę odnieść należy głównie do sprawy zapalnej, bo zdarza się ona nieraz, chociaż nie ma złogów, a naodwrót nieraz liczne kamienie nie sprawiają żadnych dolegliwości, choć tkwią w przewodach. Duże kamienie są mniej niebezpieczne, niż małe. Żółtaczka nie zawsze towarzyszy kamicy, przeciwnie zjawia się ona dość rzadko, w 20 prc. przypadków, a nawet przy kamieniach w przewodzie wspólnym występuje ona tylko w 33 prc. Natomiast bardzo często, szczególnie w początkach choroby, zdarzają się tak zw. »kurcze żołądka«, które bywają powodem pomyłek w rozpoznaniu. W odróżnieniu od cierpień żołądka pojawia się jednak kolka wątrobna najczęściej około północy, zupełnie niezależnie od pory posiłków. Zresztą bole bywają w kamicy bardzo różnorodne, nieraz zgoła nie typowe. Przy zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego pojawiają się bole najczęściej w okolicy pępka, rozpromieniać się zresztą mogą na wszystkie strony. Najsilniejsze bywają bole przy przejściu sprawy zapalnej na błonę surowiczą. Przy kolce po poprzedzającym dreszczu wzrasta gorączka szybko do 40—41° C. i zwykle szybko potem opada.

Wątrobę badać należy zawsze obu rękami, podobnie jak nerkę. Przy kamicy jest wątroba rzadko kiedy powiększona, o wiele częściej tylko obniżona. Nakłucia próbnego nie wolno wykonywać nigdy. Ponieważ kamień często odchodzi bardzo późno, nieraz po 6 tygodniach, i przebywać może długi czas w odbytnicy *(ampulla recti)*, trzeba więc badać zawsze i przez odbytnicę. Z wymiotami odchodzą kamienie bardzo rzadko, również tylko rzadko przebijają się na zewnątrz i to w okolicy pępka, powyżej więzadła Pouparta i t. d. Ręką prawie nigdy nie można wymacać kamieni przez powłoki, a opisywane w książkach trzeszczenie kamieni jest chyba równie wyjątkowe, jak t. zw. drżenie wodunkowe przy bąblowcu, którego autor nigdy dotąd nie stwierdził, choć operował już 40 przypadków bąblowca. Rentgenizacya również nie przynosi wielkich korzyści, bo najważniejszą rzeczą w kamicy jest określenie, gdzie kamienie się znajdują i co zawiera pęcherzyk żółciowy, a tego rentgenizacya nie stwierdzi.

Kehr rozróżnia następujące rodzaje choroby, które zdaniem jego powinniśmy już obecnie umieć zosobna rozpoznawać:

1) Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego: a) surowicze, b) surowiczo-włóknikowe, c) ropne, d) zgorzelinowe. 2) Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego: a) puchlina, b) ropniak, c) zapalenie wrzodziejące. 3) Ostre zamknięcie przewodu wspólnego. 4) Przewlekłe zamknięcie przewodu wspólnego: a) przez kamień, b) przez guz lub zmiany trzustki. 5) Rak woreczka lub wątroby.

Kamienie żółciowe uważa Kehr za ciała obce, które, podobnie jak n. p. kulę, zostawić należy w spokoju, o ile żadnych dolegliwości nie sprawiają.

Zapobieganie kamicy polega u kobiet na nienoszeniu gorsetu (suknie reformowe), używaniu ruchu i wszelkiego rodzaju sportów, leczeniu nieżytów żołądka i kiszek, uregulowaniu posiłków (częste a skąpe) i t. d. Co do samego cierpienia, to leczenie ma tu za zadanie: 1) rozpuszczanie i usuwanie złogów, 2) przywrócenie drożności przewodów, 3) usuwanie zakażenia i spraw zapalnych. Co do punktu pierwszego, t. j. rozpuszczania kamieni, to żaden z licznych środków, głośno reklamowanych, nieskutkuje, podobnie jak i t. zw. środki żółciopędne. Jeżeli punkt pierwszy sprawia trudności w leczeniu wewnętrznem, to jeszcze większe sprawiać musi drugi. Co do punktu trzeciego, to staramy się usuwać sprawę zapalną przez spokój, gorące okłady, przez częste picie gorących napojów lub jakiejś szczawy alkalicznej. Gorące płyny podaje się na czczo łykami, najlepiej zdrój karlsbadzki Mühlbrunn, z początku z rana pół litra, w 2—5. tygodniu cały litr, w 6. znowu pół litra. Gdy po 3 tygodniach objawy ostre nie łagodnieją, istnieje ciągle ból, autor radzi swym chorym zabieg operacyjny. Przed polecanem gorąco przez innych w kamicy miesieniem autor bardzo przestrzega. W razie silnej kolki gorące okłady oddają najlepsze usługi.

Dyeta przy kamicy stosować się powinna w pierwszym rzędzie do istniejących w danym przypadku powikłań jelitowych: w razie istnienia ich wysyła się chorych do Karlsbadu i Neuenahr, przy niedowładzie jelit do Kissingen i Homburga, przy zaparciu stolca do Maryenbadu. Najlepiej posiłek podawać chorym często, mianowicie mieszane pokarmy co 3 godziny. Środki przeczyszczające, stosowane odpowiednio, działają bardzo dobrze. Autor używa chętnie oliwy w ilości $^1/_4$ litra co dzień w lewatywie. Natomiast podawaniu oliwy, oleju migdałowego lub lipaniny przez usta nie przypisuje autor żadnego znaczenia. Również za bezskuteczny uważa autor środek Duranda, leczenie sposobem Schürmayera, chologen, polecany przez Glasera, cholelizynę i eunatrol, polecany przez Clemma. Wszystkie te i inne podobne, bezczelnie nieraz przez fabryki zachwalane środki, jak *extractum fluidum orthos*, gallinę i t. d. uważa Kehr poprostu za szarlatanerye. Kamienie, które po podaniu tych środków odchodzić mają ze stolcem, są najczęściej kulkami tłuszczu. Autor przy sposobności zakładania przetok pęcherzyka badał te środki i przekonał się, że nawet nalane wprost do pęcherzyka kamieni zupełnie nietylko nie rozpuszczają, ale nawet nie miękczą.

Co do samej operacyi, to autor operuje tylko głównie w przerwie między napadami. Głównie wykonuje wycięcie woreczka i sączkowanie przewodu wątrobowego. W razie kamieni w przewodzie wspólnym przy nacięciu tegoż, usunięciu kamieni i szwie na głucho blizko w 20 prc. przeocza się inne kamienie, dlatego też najlepiej jest sączkować wprost przewód wątrobowy, przyczem usuwa się ewentualnie i zakaźne pierwiastki z dróg żółciowych na zewnątrz. Riedel radzi operować kamicę żółciową odrazu, podobnie jak się odrazu operuje zapalenie wyrostka robaczkowego; autor postępuje inaczej, a mianowicie: każdego chorego w razie silnego napadu kładzie do łóżka, polecając jak najgorętsze okłady, a w razie potrzeby morfinę. Gdy nie wystąpi gorączka, tętno pozostaje wolnem i guz pęcherzyka wybitnie się

zmniejsza w przeciągu tygodnia, to autor nie uznaje potrzeby operacyi; natomiast radzi operacyę, gdy napady się powtarzają, lub gdy po tygodniu któryś z wymienionych objawów chorobowych jeszcze się utrzymuje. Niezwłocznie operuje autor: przy ciężkiem zakażeniu, upadku sił, silnej gorączce, przyśpieszeniu tętna, w razie wielkiego powiększenia pęcherzyka, przy objawach podrażnienia otrzewnej. Wobec puchliny pęcherzyka bez objawów operuje autor wyrobników, ludzi zaś zamożniejszych nie nakłania do operacyi, bo ci mogą szanować się, a sprawa może jeszcze samoistnie się wyleczyć. Podobnie postępuje autor przy ostrych i przewlekłych zmianach przewodu wspólnego; i tak, operować należy przy często powtarzających się kolkach z żółtaczką i dreszczami bez odchodzenia kamieni.

Ogólne zasady autora w sprawie leczenia kamicy żółciowej są następujące: 1) W wielu przypadkach kamicy osiągnąć można przez leczenie wewnętrzne trwały nawet wynik leczniczy, t. zn. wprawdzie nie wydalenie kamieni zupełne, lecz przycichnięcie choroby. 2) Zdania Riedla, by operować jak najwcześniej, gdy jeszcze kamienie są w pęcherzyku, autor nie podziela. 3) Również nie należy operować, gdy napady przebiegają lekko, a pomiędzy niemi są przerwy, w czasie których stan zdrowia jest dobry, a pęcherzyk niebolesny. 4) Ostrą niedrożność przewodu wspólnego prawie zawsze udaje się wyleczyć środkami wewnętrznymi. 5) Częste kolki i żółtaczka bez odchodzenia kamieni zmuszają do operacyi, gdy podkopują odżywienie. 6) Przypadki z żółtaczką lecz z równoczesnem każdorazowem odchodzeniem kamieni należą do lekarza chorób wewnętrznych. 7) Puchlina i ropniak pęcherzyka należą do chirurga, z wyjątkiem puchliny u ludzi zamożnych, którzy mogą się szanować, operacyi się opierają, a choroba nie sprawia im dolegliwości. 8) Przewlekłe zatkanie przewodu wspólnego należy operować. 9) Również operować należy chorych, którzy wskutek silnych kolek stali się morfinistami. 10) Operować należy w razie przypuszczenia nowotworu, t. j. gdy istnieje przewlekła żółtaczka bez typowych napadów i bolesności i wyłączyć można zmiany wątroby. 11) Powikłania kamicy, jak przedziurawienie pęcherzyka, ropnie, zwężenie żołądka, dwunastnicy i kiszek i t. d. powinny być operowane niezwłocznie.

Na 1111 operowanych przez autora zmarło 180, co stanowi 16·2 prc. śmiertelności. Z tych 180 jednak przypadków większość dotyczyła operacyi, powikłanych nowotworami, zapaleniem otrzewnej i równoczesnymi zabiegami na innych narządach tak, że właściwie śmiertelność po czystych operacyach wątrobowych wynosi u Kehra 3·2 prc.

Wogóle u mężczyzn, o ile kamienie są rzadsze, o tyle znów choroba przebiega cięższej i warunki operacyjne są zwykle gorsze z powodu częstego zatrucia ustroju wyskokiem i tytoniem. I tak u mężczyzn śmiertelność jest 5 razy większą, niż u kobiet.

Co do wyników pooperacyjnych i nawrotów choroby, to czasem wydarzają się kolki, a to albo z powodu przeoczenia kamieni przy operacyi w przewodach, lub, co częściej bywa, wskutek następowych zrostów pooperacyjnych. Co do nawrotów, to najczęściej polegają one na przeoczeniu kamieni; natomiast nawrotów rzeczywistych, t. j. ponownego wytwarzania się kamieni, autor nigdy nie spostrzegał i nawet wprost zaprzecza, by były możliwe, twierdząc, że kamienie tworzą się li tylko drogą zakażenia, a to usuwa się przez zabieg. To też ze spokojnem sumieniem zapewnia Kehr chorych, że choroba jako taka, t. j. kamienie, już się nie wrócą. Aby uniknąć jednak następowych zarzutów i skarg chorych z innych powodow, trzeba przy operacyi uwzględnić wszystkie okoliczności, a więc n. p. często usunąć i zmieniony wyrostek robaczkowy, lub wykonać plastykę odźwiernika, lub połączenie żołądka z jelitem i t. d., gdyż często chorzy przypadłości, pochodzące z innych przyczyn, uważają za skutek operacyi.

Co do wyników następowych, to z zestawienia Kehra wynika, że 1) w 4 prc. zostawił przy operacyi kamienie, 2) w 7 prc. utworzyły się przepukliny następowe, 3) w 11 prc. wystąpiły następowe kolki wskutek zrostów, 4) w 6 prc. kolki zapalne. Jeżeli pęcherzyk przyszyto do powłok, to należy szwy skrupulatnie usuwać, bo tworzą się potem nawroty »nitkowe« (Faden-recidive), t. j. złogi około jedwabiu.

Na wysłane do chorych zapytania (357), jak się czują po operacyi, dostał autor 350 odpowiedzi, z których przekonał się o powikłaniach powyżej wspomnianych; zresztą wynik był zupełnie pomyślny.

Ze spostrzeżeń fizyologicznych nad wydzielaniem się żółci przytacza Kehr następujące: Ilość dzienna żółci wydzielanej z przetoki żółciowej waha się od 800—1000 cm.³. Wszelkie zabiegi i środki żółciopędne nie wzmagają wiele wydzielania żółci, a jedynie picie na czczo gorących płynów, i to jakichkolwiek, przyśpiesza trochę wydzielanie. Środków rozpuszczających kamienie w ustroju nie znamy. Spożywanie posiłku odciąga zaraz żółć do przewodu pokarmowego i jest najlepszym środkiem żółciopędnym.

Dziełko Kehra, posiadającego niewątpliwie największe doświadczenie w zakresie kamicy żółciowej wśród współczesnych chirurgów, zasługuje ze względu na częstość kamicy w praktyce na to, aby rozpowszechniło się w szerokich kołach lekarskich, dla których jest też głównie przeznaczonem. *Dr Adolf Kięsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Ehrmann. **Przyczynek do fizyologii i doświadczalnej patologii nadnercza.** (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* 55, 1906, Z. 1). Opierając się na wynikach własnych badań (p. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* 53, 1905, str. 97), w których dowiódł, że nadnerczynę można wykryć we krwi żył nadnercza, doszedł autor do wniosku, że i zmiany w wydzielaniu nadnerczyny pod wpływem wywołanych szkodliwych czynników tą drogą najlepiej stwierdzić się dadzą. W tym celu badano działanie nadnerczyny na oświetloną źrenicę wyłuszczonej gałki ocznej żaby. Krew pobierano z żyły głównej dolnej, tuż ponad ujściem żył nerkowych, tak aby ile możności nie była zmieszaną z krwią sąsiednich naczyń żylnych. Uzyskaną z tej krwi surowicę rozcieńczano wedle potrzeby fizyologicznym roztworem NaCl. Z dwu gałek ocznych tej samej żaby, jedną kładziono do surowicy z krwi żyły głównej, a drugą (dla porównania) do tak samo przygotowanej surowicy żyły lub tętnicy szyjnej. Jak poprzednio, tak i te badania dowiodły przedewszystkiem jednostajnego wydzielania nadnerczyny przez nadnercze. Autor badał dalej zmiany w tem wydzielaniu pod wpływem jadu błoniczego. Zastrzyknięto go 5 królikom po 0,3 ctm.³, poczem w 10—20 godz. pobierano krew. Surowica z niej sprawiała w rozcieńczeniu 5-krotnem, rozszerzenie źrenicy prawie do ostateczności, w 10-krotnem — znaczne, a w 20-krotnem — ślad. Sekcya stwierdziła u trzech zwierząt zabarwienie nadnercza zmienione: ciemno-czerwone aż do sinego. Zważywszy, że w warunkach prawidłowych nadnerczyna w rozcieńczeniu 10-krotnem prawie nigdy, a w 20-krotnem nigdy rozszerzenia źrenicy żabiej nie wywoływała, trzeba przyjąć, że działanie jadu błoniczego nietylko nie zmniejsza ilości wydzielonej nadnerczyny, ale przeciwnie zwiększa ją, nawet wtedy, gdy w nadnerczu powstały widoczne gołem okiem zmiany anatomiczne. — Dalej doszedł autor, że pilokarpina i atropina nie wpływają ani pobudzająco, ani hamująco na wydzielanie się nadnerczyny, chyba w granicach bardzo nieznacznych. — Co się tyczy zmian pod wpływem wzmożonego lub zmniejszonego parcia krwi, to autor, — opierając się na spostrzeżeniach, że ani krew żył nadnerczowych królików zatrutych jadem błoniczym, w chwili zapadu, ani takaż krew psów pod wpływem czy to małych dawek atropiny (parcie wzmożone), czy też dużych (parcie zmniejszone), nie wykazuje zmian w ilości wydzielonej nadnerczyny, — stwierdza, że ilość wydzielonej nadnerczyny nie stoi w żadnym stosunku do parcia krwi. W stanie fizyologicznym może nadnerczyna utrzymuje parcie na jednej wysokości, ale w stanach chorobowych, zdaniem autora, nie wpływa na regulowanie parcia krwi. Natomiast dopatruje się autor pewnego stosunku między ilością nadnerczyny zawartej we krwi żył nadnerczowych pewnego zwierzęcia, a jego wrażliwością na działanie adrenaliny. Widać to zwłaszcza z porównania ilości nadnerczyny we krwi żył nadnerczowych królika, który wytwarza jej około 0,0000005 gr. w 1 ctm.³ krwi, z ilością nadnerczyny we krwi kota, którego wydajność pod tym względem jest znacznie mniejsza; chociaż dawka śmiertelna adrenaliny dla kota jest znacznie większa, niż dla królika. Stąd autor wysnuwa wniosek, że ten gatunek zwierząt, który więcej wydziela adrenaliny, jest zarazem wrażliwszy na jej działanie. *Oszacki.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Iwanow. **W sprawie leczenia choroby Basedowa surowicą zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego.** (*Char. Med. Żurnal* 1906, Nr 2). Iwanow leczył w klinice prof. Opienchowskiego w Charkowie 5 przypadków choroby Basedowa surowicą krwi kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego. W 3 przypadkach autor wstrzykiwał surowicę podskórnie w ilości 10 sz. ctm. zwykle codzień, w 2 przypadkach podawał wewnętrznie co dnia 10 sz. ctm. naraz. Pierwsza chora otrzymała 10 wstrzyknięć, druga 24 (z przerwą), trzecia 47 (także z przerwami); czwarta zażywała surowicę w ciągu 15 dni, wreszcie

piąta — w ciągu 26 dni. Wnioski autora są następujące: Surowica dała dobre wyniki przy stosowaniu nietylko podskórnem, lecz wewnętrznem; zwłaszcza dobry wpływ surowica wywierała na czynność serca i na układ nerwowy. Już po pierwszych dniach jej stosowania tętno stawało się rzadszem, napady bicia serca, przedtem bardzo częste i męczące chorych, ustępowały, stan podmiotowy chorych szybko się poprawiał, drżenie i wole zmniejszały się; w 2 przypadkach niezadawnionych wole pod koniec leczenia znikło zupełnie; najtrudniej pod wpływem surowicy znikały objawy oczne, zwłaszcza wysadzenie gałek ocznych, lecz i tu przy długiem leczeniu stwierdzano znaczną poprawę, a w trzech przypadkach wysadzenie gałek ocznych znikło zupełnie. Waga ciała we wszystkich przypadkach zwiększyła się. Żadnych ujemnych objawów ubocznych nie było. Jeżeli autor przerywał leczenie zaraz na początku, wszystkie objawy, zwłaszcza sercowe, wracały; po dłuższem zaś stosowaniu surowicy polepszenie było stałem: w jednym przypadku po 8 miesiącach, w drugim po 7 stan chorych nie pogorszył się wcale.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Klimow. **Nowy kliniczny sposób oznaczania krwi w moczu.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Klimow (ze szpitala dla dzieci w Ptbg.) gorąco poleca następujący sposób określenia krwi w moczu. (Zresztą w istocie nie nowy, jest to bowiem przystosowany do moczu i trochę zmieniony sposób Klunge określenia krwi w stolcu): do probówki nalewa się w równych ilościach moczu i starego terpentynowego olejku, wsypuje się potem trochę proszku aloiny; wszystko to starannie się kłóci i lekko ogrzewa; mocz, nie zawierający krwi, pozostaje żółtego koloru; jeżeli zaś w moczu jest choć trochę krwi, mocz przybiera jaskrawo purpurowe zabarwienie. Jeszcze lepiej zamiast olejku terpentynowego używać nadtlenku wodoru. Ilość dodawanego nadtlenku wodoru nie wywiera wielkiego wpływu na odczyn, ilość zaś proszku aloiny wywiera pewien bardzo nieznaczny wpływ na stopień zabarwienia, lecz nie na uzyskanie samego odczynu. Odczyn występuje wybitnie nietylko przy ogrzewaniu, lecz i na zimno. We wszystkich przypadkach krwawego moczu wynik odczynu był dodatni i pozwalał ze stopnia zabarwienia sądzić o ilości domieszanej krwi. Dodać należy, że odczyn bezwarunkowo wskazuje na domieszkę krwi, jeżeli mocz jest kwaśny; mocz alkaliczny zawsze daje z aloiną i nadtlenkiem wodoru purpurowe zabarwienie nawet wtedy, jeżeli nie zawiera krwi. W takim razie trzeba mocz podkwasić do ukazania się kwaśnego odczynu; mocz, nie zawierający krwi, zaraz zmieni zabarwienie z purpurowego na żółte. Obecność białka lub innych nieprawidłowych domieszek nie wpływa na odczyn, z wyjątkiem barwików żółciowych, które same przez się dają z aloiną zabarwienie purpurowe. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Mełuzow. **Oznaczenie siły ruchowej żołądka sposobem Elsnera.** (*Izwiest. woj.-med. Akad.* Nr. 4, 1906). Sposób Elsnera zasadza się na oznaczeniu ogólnej ilości treści żołądkowej, wydobytej w oznaczonym czasie po próbnem śniadaniu, oraz oznaczeniu stałych resztek pokarmów w tejże treści. Jeśli w wydobytej w godzinę po próbnem śniadaniu treści żołądkowej znajduje się bardzo mało stałych części pokarmowych, a ogólna ilość treści żołądkowej jest nadmierna, to z wszelkiem prawdopodobieństwem zależy to od nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego, przy osłabieniu zaś siły ruchowej żołądka lub jakiejkolwiek przeszkodzie w okolicy odźwiernika ilość części stałych przewyższać powinna ilość prawidłową. Sposobem Elsnera badał M. chorych, u których nie było nieprawidłowej czynności żołądka, i chorych w przebiegu rozmaitych cierpień żołądkowych. Badanie czynności ruchowej prawidłowego żołądka u dwunastu chorych dało następujące wyniki: 1) Naczczo żołądek jest pusty lub zawiera nieznaczną ilość treści słabo kwaśnej; 2) w godzinę po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści waha się od 70—180 sz. ctm., średnio 130 ctm.^{3}; 3) ilość stałych resztek pokarmów waha się od 30—100 sz. ctm., średnio 62; 4) stosunek odsetkowy stałych resztek pokarmu do całej treści żołądka wynosi 47 prc. W sześciu przypadkach czystej postaci sokotoku M. znajdował 1) naczczo kwaśną treść żołądkową w większej lub mniejszej ilości, jednak bez domieszki stałych części pokarmów; 2) po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści żołądkowej dochodziła do 325 sz. ctm., średnio zaś 260 sz. ctm.; 3) ilość niestrawionych resztek pokarmów wynosiła od 40 do 80 sz. ctm., średnio 62; 4) odsetkowy stosunek między ilością części stałych, a całą treścią żołądka wynosił 23 prc. Badanie 6 chorych z nadmierną wydzieliną soku żołądkowego przy równoczesnem osłabieniu jego siły ruchowej w nieznacznym stopniu dało wyniki następujące: 1) Naczczo treść oddziaływania kwaśnego, nie zawierająca resztek pokarmów, w ilości od 75 do 140 sz. ctm.; 2) po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści waha się między 240 a 340, średnio 301 ctm. sz.; 3) ilość stałych resztek pokarmowych od 140—200, średnia liczba 160 sz. ctm.; 4) stosunek części stałych do całej treści żołądka 53 prc. W 15 przypadkach czystego osłabienia czynności wydalniczej żołądka znaleziono: 1) Żołądek naczczo pusty lub też zawiera od 40—99 sz. ctm. treści z domieszką resztek pokarmów lub brakiem tejże; 2) ogólna ilość treści żołądka po próbnem śniadaniu waha się od 175—370 sz. ctm., średnio 247; 3) ilość części stałych od 155 do 230, średnio 176 sz. ctm, 4) stosunek części stałych do całej treści żołądka wynosi 79 prc. W przypadkach braku lub niedostatku wydzielania kwasu solnego *(anaciditas i hypaciditas)* nierakowego pochodzenia przy nerwicy żołądkowej (6 chorych) otrzymano liczby prawie takie same, jak przy badaniu chorych, w których żołądku znajdują się wolny kwas solny. Sposób Elsnera należy zdaniem M. zalecić dla badań klinicznych; główną jego zaletą prosty sposób wykonania. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

M. Peigerová. **Spostrzeżenia w sprawie etyologii kamicy żółciowej.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 3). W piśmiennictwie lekarskiem, głównie w Niemczech, panuje dziś przekonanie, głoszone zwłaszcza przez Naunyna i jego szkołę, że kamica żółciowa jest wynikiem miejscowych spraw w pęcherzyku żółciowym, przeważnie w następstwie zapalenia powstałych. Pogląd ten bardzo zachęca do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Mimoto istnieją liczne spostrzeżenia, przemawiające za więcej zawikłaną przyrodą kamicy. Takich właśnie spostrzeżeń przytacza autorka dwie serye, z których pierwsza obejmuje 4 przypadki, gdzie kamica pojawiała się u kobiet tylko w ciąży lub bezpośrednio po porodzie, druga dotyczyła mężczyzn, spożywających w nadmiarze (np. z powodu zajęcia w cukrowni) substancye cukrowe. Obie serye spostrzeżeń dowodzą zależności kamicy od głębszych zmian, zachodzących w odżywieniu ustroju. *Dr. Blassberg.*

Ebstein. **O wzbudzających przypuszczenie ospy prawdziwej postaciach ospy wietrznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 19). Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego, uważa za możliwe pojawianie się ospy wietrznej w postaciach ciężkich, nawet śmiertelnych. Wysypka przybiera postać, do ospy prawdziwej podobną. Pojawiają się postacie krwotoczne i ropne. Do zropienia krost w przebiegu ospy wietrznej może dojść w sposób rozmaity. U osobników charłaczych może dojść do tego skutkiem samego osłabienia ustroju; często zropienie bywa skutkiem zakażenia mieszanego, czasem wreszcie zdarzają się cało epidemie ospy wietrznej, odznaczające się skłonnością do zropienia krost. Wysypka w tych postaciach, zwanych przez autorów francuskich *varicelle suppurée* jest oczywiście bardzo do ospowej podobna, brak jednak w odróżnieniu od ospy prawdziwej stwardnienia dookoła krost, a w ropie przeważają ciałka białe wielojądrzaste (Desandre). Wysypce takiej towarzyszą w łagodniejszej postaci niekiedy ograniczone czyraki i ropnie, w postaciach cięższych rozwija się obraz prawdziwej ropnicy (Desandre). Wbrew temu, co zwykle podają, może się też i przy ospie wietrznej w ciężkich jej postaciach pojawiać wysypka i na błonach śluzowych. Czas wylęgania jest dłuższy średnio w ospie wietrznej. Gorączka w ospie prawdziwej znika wraz z pojawieniem się wysypki, lub się przynajmniej znacznie obniża; przeciwnie w ospie wietrznej w czasie wysypywania się jest gorączka zwalniająca, lub przerywana. Tor gorączki jest tutaj prawdopodobnie w związku ze sposobem tworzenia się wysypki, która nie pojawia się odrazu, ale stopniowo. Przeszczepianie treści krost na cielęta nie rozstrzyga całkiem pewnie rozpoznania, wiadomo bowiem, że u pewnych osobników odczyn nie występuje, chociaż treść pochodzi z niewątpliwie ospowych pęcherzyków. — Autor radzi chorych na ciężkie postacie ospy wietrznej odosobniać w salach, które nie łączą się z salami chorych na ospę prawdziwą. Radzi też chorych szczepić, a przy leczeniu, podobnie, jak przy leczeniu ospy prawdziwej, stosować metodę Finsena. *Dr. M. Godlewski.*

Determann. **W sprawie metodyki oznaczania lepkości krwi ludzkiej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 19). Przyrząd, którym się autor posługuje, ma tę zaletę, że wystarczają bardzo małe ilości krwi. Minimalne ilości hirudyny zabezpieczają krew od skrzepnięcia. Krew z żyły jest bardziej lepka, aniżeli wydobyta przez nakłucie z płatka ucha. *Dr. M. Godlewski.*

Prof. L. Bard. **O mechanizmie i określeniu klinicznem szmeru cwałowego przy przeroście serca lewego.** (*Semaine médicale* 1906, Nr 20). Szmer cwałowy *(bruit de galop)*, który pojawiać się zwykł przy przeroście lewej komory serca w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek lub miażdżycy tętnic, a rzadziej przy zwyrodnieniu mięśnia sercowego w ostrych chorobach zakaźnych, bywa rozmaicie wyjaśniany. Część autorów odnosi go do okresu skurczowego, inni do okresu rozkurczowego lub też przedskurczowego. Według teoryi autora szmer cwałowy zależy od rozbiegu szmeru mięśniowego i zastawkowego przy pierwszym tonie sercowym, który w prawidłowych warunkach powstaje przy zgo-

dnem współdziałaniu obu powyższych czynników. Znacznie rzadziej powstaje szmer cwałowy przy przeroście prawej komory serca, a wówczas mechanizm jego powstania jest ten sam, co przy przeroście lewej komory sercowej. *Dr. Blassberg.*

K. Hynek. **Przyczynki do nauki o złośliwej niedokrwistości.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 4). Autor donosi o wynikch prób leczenia promieniami Roentgena w ośmiu przypadkach niedokrwistości złośliwej. Pięciu chorych zmarło, u innych nastąpiła poprawa wybitna, która w jednym przypadku utrzymuje się już prawie 2 lata. Ponieważ u chorych, u których stan się polepszył, nie stosowano żadnego innego leczenia, przeto poprawę należy przypisać wyłącznie działaniu promieni X. Według autora poprawę tę tłómaczy jedynie działanie limfocytolityczne promieni Roentgena. Przy niedokrwistości złośliwej zawsze buja tkanka limfadeniczna (w szpiku kostnym, w błonach śluzowych, zwłaszcza w przewodzie pokarmowym). Niektórzy autorowie uważają to bujanie za następowe, wywołane przez niedokrwistość, inni za bezpośredni skutek tego samego czynnika, który wywołuje niedokrwistość złośliwą, a który ma według nich działać równocześnie hemolitycznie i limfocytoplastycznie. Lecznicze działanie promieni Roentgena w niedokrwistości złośliwej dowodzi, że bujanie tkanki limfadenoidalnej jest zjawiskiem pierwotnem, a dopiero następowe wywołuje ono hemolizę i niedokrwistość. Niedokrwistość złośliwą należy tedy uważać za jednostkę kliniczną, którą cechuje skład krwi o charakterze złośliwym, oraz pewne objawy somatyczne, przyczem przeważa bujanie tkanki limfoidalnej głównie w szpiku kostnym, a mniejsze w przewodzie pokarmowym i w innych okolicach ciała. Bujanie to znamionuje się przemianą młodych limfocytów na erytroblasty, które są tylko co do postaci równe prawidłowym; natomiast co do czynności są one mniej wartościowe i z powodu swej słabości rozpuszczają się we krwi krążącej. Przy niedokrwistości złośliwej jest zatem hemoliza wtórną, a wywołaną przez wytwarzanie się chorobliwych ciałek czerwonych. Prawidłowa tkanka szpikowa (złożona z erytro- i leukoblastów) zmniejsza się pod wpływem ucisku wybujałej tkanki limfadenoidalnej, a w następstwie powstaje brak białych ciałek ziarnistych i prawidłowych krwinek czerwonych. Bujanie tkanki limfadenoidalnej jest zazwyczaj prawdziwym przerostem. Postacie atypowe niedokrwistości złośliwej oraz kombinacye z białaczką bywają wynikiem powikłania sprawy przerostowej tkanki limfatycznej z metaplazyą krwinek czerwonych. *Dr. Blassberg.*

Tieutlein. **O chorobach ludzkich i zwierzęcych, wywoływanych przez pierwotniaki w Indyach i niemieckich koloniach wschodniej Afryki.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 18). Przedmiot pracy autora stanowią trzy choroby: 1) Zaraza pojawiająca się w Texas, (w Europie zdarza się w Niemczech północnych, Finlandyi i Pomorzu), wywoływana przez *piroplasma bigeminum*, pojawia się u bydła rogatego i jest przyczyną moczu krwawego. U człowieka spostrzegano tego pasorzyta dotąd tylko raz jeden. Usadawia się on w ciałkach czerwonych krwi. 2) Zaraza bydlęca, panująca na pobrzeżu (*Küstenfieber der Rinder*), wywoływana przez twór, pokrewny pasorzytom zimniczym. 3) Kala-Azar (czarna febra) nagminnie panuje w Indyach. Przebiega klinicznie ze znacznem powiększeniem śledziony, z gorączką, obrzękami kończyn dolnych, z wybroczynami i pigmentacyami, oraz wybitną leukopenią. Twór, wywołujący tę ciężką, często śmiertelną chorobę, należy również do pierwotniaków; niektórzy uważają go za pokrewny ze świdrowcem (*trypanosoma*, Marchand, Leissmann), inni (Ross) za twór odrębny z grupy *sporozoa;* Laveran i Schaudinn przypuszczają, że czarna febra i zaraza teksańska są wynikiem jednego i tego samego zarazka. *Dr. M. Godlewski.*

Rosengart. **W sprawie objawów klinicznych zmian miażdżycowych w jamie brzusznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 20). Rozpoznawanie sprawy miażdżycowej nie jest rzeczą tak łatwą, jakby się to pozornie zdawać mogło. Pokręcenie tętnic skroniowych spotkać można i bez zmian miażdżycowych (Klemperer), zmiany miażdżycowe w tętnicy sprychowej bynajmniej nie odpowiadają stale miażdżycy tętnic głębszych (Nothnagel), a nawet mierzenie parcia krwi nie zawsze sprawę wyjaśnia, parcie może być bowiem niekiedy wyższe od prawidłowego u osób zdrowych i naodwrót znane są przypadki daleko posuniętej miażdżycy, gdzie parcie było stale prawidłowe. Nie lepiej stoi sprawa rozpoznawania zmian miażdżycowych w poszczególnych narządach wewnętrznych. Dusznica bolesna nie zawsze ma swoją przyczynę w zajęciu tętnic wieńcowych (Krehl). Mimo, że od czasu Charcota wiemy, że przyczyną chromania okresowego zazwyczaj jest sprawa miażdżycowa, to jednak niekiedy objaw ten jest niewątpliwie skutkiem jedynie zmian czynnościowych (Oppenheim). Autor zwraca uwagę na mało znane dotąd kliniczne objawy miażdżycy tętnic trzew brzusznych i stara się objawy te wyjaśnić na wzór przyjętego dzisiaj powszechnie wyjaśnienia dusznicy bolesnej. Zmiana anatomiczna tętnic trzewnych musi się oczywiście odbić na krążeniu tętn. brzusznem zwłaszcza wtedy, gdy skutkiem wzmożonej pracy narządu trawienia zapotrzebowanie krwi się wzmaga. Chory odczuwa to jako silny ból w jelitach. Ból ten bywa czasem tak silny, że już kilkakrotnie, opierając się na nim, rozpoznawano błędnie choroby chirurgiczne trzew brzusznych i wykonywano laparotomię. Zaburzenia w krążeniu odbijają się (Zuntz) na utrudnionem wessaniu gazów, co klinicznie przedstawia się jako bębnica. Rokitańsky jest zdania, że tętnica śledzionowa ulega stosunkowo dość często zmianom miażdżycowym, rzadko zaś tętnice krezkowe; zdaniem Hasenfelda zmiany w tętnicach krezkowych nie są tak rzadkie, aby jednak je stwierdzić, trzeba wykonać badanie drobnowidowe. *Dr. M. Godlewski.*

J. Skłodowski. **Przypadek choroby Basedowa leczony zapomocą promieni Roentgena.** (*Gazeta lek.* 1906, Nr 7). Przypadek autora dotyczył 15-letniej uczennicy, u której objawy chorobowe trwały około sześciu miesięcy, a rozwinęły się stopniowo. Wykonano 12 naświetlań okolicy gruczołu tarczowego przy odpowiedniem zabezpieczeniu innych okolic ciała, przyczem za każdym razem naświetlano tylko jedną połowę gruczołu w ciągu 10 minut przy oddaleniu 20 centymetrów. W ciągu 16 tygodni stwierdzono wybitny wpływ naświetlań na odżywianie, albowiem chorej przybyło 13,3 klgr. wagi. Jednocześnie ustąpiło nadmierne pocenie się i zupełnie poprawił się ogólny stan nerwowy. Inne objawy choroby, mianowicie wysadzenie gałek ocznych, drżenie, częstość tętna i rozmiary wola, pozostały bez zmiany. *Dr. Blassberg.*

Penzoldt. **W sprawie leczenia gruźlicy w uzdrowiskach ludowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Przeciwwskazania do leczenia w takich zakładach nie mogą być brane szablonowo. Nieraz tylko dłuższe śledzenie przebiegu może pouczyć, czy u danego chorego można spodziewać się wyzdrowienia, czy nie. Zdaniem autora, kliniki i szpitalo powinny spełniać zadanie takich stacyi obserwacyjnych, powinny też być w każdym szpitalu leżalnie, które stanowią tak ważną pomoc w leczeniu tej choroby. Zdaniem P. grzeszą prawie wszystkie sanatorya, pozwalając swym chorym używać stosunkowo jeszcze zawiele ruchu. Czas przebywania chorego w uzdrowisku powinien być w razie potrzeby przedłużony (zazwyczaj pozostają chorzy 3 miesiące). Doświadczenie poucza, że wielu chorych, którzy w czasie pobytu w zakładzie doznali znakomitej poprawy, zapada znowu, wróciwszy do dawnych niekorzystnych warunków bytu. Powtórzeniu leczenia w takim razie przeszkadza nawał nowych chorych i ta okoliczność, że wielu chorych, opuściwszy zakład, zaniedbuje zgłaszać się od czasu do czasu do kontroli stanu swojego zdrowia. Zaprowadzenie kontroli przymusowej nie byłoby zdaniem P. ani nie etycznem, bo wychodziłoby na dobro chorym, ani bezprawiem, jeżeli bowiem jakaś instytucya ubezpieczająca pokrywa koszta pobytu chorego w zakładzie, to powinna mieć prawo poddawania go w razie potrzeby badaniu lekarskiemu. *Dr. M. Godlewski.*

Heinecke i Deutschmann. **Zachowanie się krwinek białych w czasie napadu dychawicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Znaczna ilość komórek eozynochłonnych w plwocinie dotkniętych dychawicą ma swe źródło, zdaniem autorów, we krwi. Nic więc dziwnego, że ilość ich we krwi zaraz po napadzie będzie mniejsza, niż w warunkach prawidłowych. Dopiero po kilku dniach ilość tych komórek we krwi wzrasta nadmiernie. Autorowie tłomaczą sobie to zjawisko, zgodnie z zapatrywaniami Ehrlicha, w ten sposób, że w dychawicy nieznany nam dokładniej bodziec działa drażniąco, wywołując przyrost tych właśnie komórek najpierw we krwi, a potem w plwocinie. *Dr. M. Godlewski.*

Groedel. **W sprawie wykształcenia ortodiagrafii.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Autor podaje przyrząd własnego pomysłu do badań ortodiagraficznych. Zdaniem jego rozedma, uniemożliwiająca zupełnie określenie wielkości serca zwykłymi sposobami, nie nastręcza przy tej metodzie badania żadnych przeszkód w stwierdzeniu rozmiarów serca; przeszkody takie powstają jedynie przy wysiękach opłucnych. *Dr. M. Godlewski.*

Arneth. **O zachowaniu się drżenia głosowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, oraz uwagi o trzeszczeniu** (krepitacyi). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17 i 18). We wszystkich podręcznikach dyagnostyki i patologii szczegółowej spotykamy się z twierdzeniem, że zapaleniu płuc towarzyszy stale wzmożenie drżenia głosowego. Według spostrzeżeń autora jest tak istotnie tylko w pierwszym i trzecim okresie, w okresie zaś największego nasilenia sprawy, czyli w okresie zwątrobienia czerwonego, drżenie głosowe nietylko nie bywa nigdy wzmożone, ale spotykamy się przeciwnie z jego osłabieniem, a nawet zupełnem zniesieniem Przyczyna tego zjawiska leży w każdym razie w płucu samem; jeśli bowiem, jak się o tem autor przekonał, wyjęte wraz

z tchawicą płuca połączymy szczelnie z lejkiem, do którego głośno i wyraźnie mówić będziemy, możemy się przez dotykanie kolejno to jednego, to drugiego płuca przekonać, że na płucu zdrowem czuć drżenie prawidłowe, na płucu zaś, będącem w okresie zwątrobienia czerwonego, jest drżenie zupełnie zniesione. Arneth ogranicza się właściwie do stwierdzenia faktu, wytłomaczenie sam uważa za wątpliwe. Przypuszcza mianowicie, że zmysł dotyku, jako mniej od słuchu subtelny, zdoła pochwycić i odczuć tylko fale głosowe o pewnej ściśle określonej ilości drgań, innych fal dotyk nie odczuwa, mimo, że są dostępne dla ucha, tworząc znamienne zjawisko bronchofonii. W okresie drugim zapalenia płuco jako właśnie całkiem bezpowietrzne jest niesprężyste, przeto do drgań odpowiednich niepodatne, dlatego drżenie głosowe słabnie, a nawet znika; przeciwnie w okresie pierwszym i trzecim niezbyt silnie naciekła tkanka stanowi niejako resonator, — drżenie jest więc wzmożone. — Ciekawe są spostrzeżenia autora, dotyczące trzeszczeń w okresie rozejścia się zapalenia (*crepitatio redux*); w dwóch kierunkach podają one nowe szczegóły. Przedewszystkiem zwraca autor uwagę na trzeszczenia, które powstają w trzecim okresie choroby przy wydechu. Zdaniem jego chodzi w takim razie, przynajmniej często, nie o rzężenia, ale o bardzo drobne tarcie opłucne lub o zjawisko słuchowe, składające się z obu tych genetycznie różnych dźwięków. Arneth proponuje dla tych zjawisk słuchowych nazwę trzeszczenia trącego (*Knisterreiben*). — Wreszcie zwraca autor uwagę na przypadki, w których w ciągu okresu rozejścia się zapalenia wcale trzeszczenie się nie pojawiało, a mimoto wysięk z pęcherzyków ustąpił. Arneth wysnuwa stąd wniosek, że wysięk może w czasie włóknikowego zapalenia płuc zniknąć z pęcherzyków płucnych także „na drodze suchej“.

Dr. M. Godlewski.

Geigel. **Pierwszy ton.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Zjawisko pierwszego tonu składa się według autora z dwóch faz. Faza pierwsza zależy od zamknięcia komory, druga od napięcia ścian tętnicy głównej wtedy, gdy krew do niej z komory wpada. Faza druga następuje po pierwszej w 0.06 sekundy. Ta okoliczność, że ton pierwszy jest zjawiskiem słuchowem złożonem, a nie jednolitem, jest przyczyną, dla której ton pierwszy nie jest nigdy tak krótki i czysty, jak drugi, stąd tak często klinicznie musimy się uciekać do określenia tonu „z podmuchem“ lub tonu „nieczystego“. Faza pierwsza jest oczywiście najwyraźniej słyszalna nad końcem serca, faza druga, mająca niekiedy nawet charakter szmeru, nad tętnicą główną. Pomiędzy tymi punktami można, zdaniem autora, zawsze znaleźć przestrzeń, gdzie każda faza słyszalna jest oddzielnie.

Dr. M. Godlewski.

Fink. **O długości leczenia karlsbadzkiego u chorych na kamicę żołciową.** (*Münch. m. Woch.* 1905, Nr 40). Rozstrzygającem, jak długo ma trwać leczenie w Karlsbadzie, ma być ustąpienie zmian chorobowych w układzie żółciowym, co jednak może stwierdzić tylko lekarz kąpielowy, a zatem on powinien oznaczać długość leczenia. Krótki trzytygodniowy okres leczenia dla wielu chorych nie wystarcza; wyjeżdżają oni z Karlsbadu z istniejącemi jeszcze zboczeniami układu żółciowego, dlatego wkrótce potem wracają świeże napady. Szablonowy okres leczenia w Karlsbadzie przez 3, najdłużej 4 tygodnie należy przedłużyć na 5—6 tygodni, a w przypadkach cięższych pożądane jest powtórzenie leczenia na wiosnę i w jesieni. W pewnej części przypadków leczenie karlsbadzkie wogóle nie może wywrzeć skutku; w takich przypadkach zamiast przedłużać leczenie, należy raczej nakłaniać chorych do wczesnej operacyi.

Dr. Fels.

Cheinisse. **O sinicy pochodzenia jelitowego.** (*Semaine méd.* 1905, Nr. 49) Oprócz sinicy skóry i błon śluzowych, która jest skutkiem przekrwienia żylnego powierzchownych naczyń. wyniklego z chorób serca i płuc, istnieje sinica pochodzenia toksycznego, gdy na krew działają substancye, które zmieniają oksyhemoglobinę i nadają krwi barwę siną. Prof. Stokvis z Amsterdamu pierwszy zwrócił na ten szczegół uwagę. Spostrzegał on u pewnego żołnierza z Indyi holenderskich stałą ogólną sinicę przy zupełnym braku zmian w sercu i płucach. Sinicy tej towarzyszyła uporczywa biegunka, której podstawą były wrzody w kiszkach, stwierdzone potem przy sekcyi, a w moczu chorego była substancya, która z kwasem fosforowym tworzyła zabarwienie rubinowo-czerwone i zmieniała oksyhemoglobinę w methemoglobinę. Stokvis wysnuł z tego wniosek, że ze schorzałych jelit nieprawidłowo obfite fermenty dostawały się do krwi, wywołując samozatrucie ustroju i przemianę hemoglobiny w methemoglobinę. Tordeus opisywał podobne przypadki, które nazwał sinicą dyspeptyczną i uważał za zjawisko odruchowe, wywołane obecnością niestrawionych pokarmów w przewodzie pokarmowym. Torti i Nazari spostrzegali u siedmioletniego dziecka sinicę, towarzyszącą glistom jelitowym. Autor sądzi, że przypadek sinicy ogólnej przy dysenteryi, opisany przez Fallota, należy także do tejsamej kategoryi zjawisk. Wreszcie opisał profesor w Utrechcie Talma trzy, a Hijmans van de Bergh dwa podobne przypadki. H. v. d. Bergh stwierdził przy sinicy obecność sulfohemoglobiny, jako wytworu przemiany hemoglobiny pod wpływem produktów bakteryj jelitowych. — O tej sinicy pochodzenia jelitowego nie należy w praktyce zapominać, bo nie oznaczając ciężkich zmian sercowych, daje ona wytyczną właściwego leczenia i dobre rokowanie.

M. Blassberg.

PEDYATRYA. Rachmaninow. **Nowotwory złośliwe nerek u dzieci.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1906, Nr 4). Jakkolwiek, na podstawie badań Williamsa, Robertsa, Ebsteina i innych, przez długi czas przyjmowano, że z nowotworów złośliwych w nerkach u dzieci zdarzają się przeważnie raki, jednakże spostrzeżenia lat ostatnich dowiodły, iż rak jest wielką rzadkością w tym wieku, najczęściej zaś zdarzają się mięsaki lub nowotwory mieszane. Eberth pierwszy w roku 1872 wykrył w tych nowotworach niedojrzałe prążkowane pierwiastki mięśniowe w kształcie wrzecionowatych komórek i cienkich włókien. Birch-Hirschfeld wydziela te nowotwory w osobną grupę zarodkowych gruczoło-mięsaków. Przytoczywszy piśmiennictwo, Rachmaninow omawia 6 własnych przypadków, spostrzeganych przez długi przeciąg czasu w dwóch dziecinnych szpitalach w Moskwie. Z tych 6 przypadków tylko w trzech (w jednym napewno, w dwóch prawdopodobnie) pierwotnem siedliskiem nowotworu była nerka, w trzech zaś innych wskutek równoczesnych zmian nadnercza nie można było rozstrzygnąć stanowczo. skąd wychodził nowotwór. Najmłodszy chory miał 1 rok 2 miesiące, najstarszy 5 lat. Najkrótszy przebieg choroby 1 miesiąc, najdłuższy 6 miesięcy. Choroba przejawiała się zwiększeniem brzucha z wystąpieniem sieci rozszerzonych żył na skórze brzucha i klatki piersiowej, zwłaszcza po stronie chorej nerki; przy badaniu w jamie brzusznej w miejscu nerki czuć było twardy, gładki guz, czasami o nierównej powierzchni; odgłos stłumiony nad guzem zlewał się ze stłumieniem w okolicy wątroby lub śledziony. Co się tyczy szybkości rozwoju nowotworów, to w jednym przypadku objętość brzucha (przy braku puchliny brzusznej) wzrosła na 8 ctm. w przeciągu 18 dni. Czasami nowotwór sprawiał wrażenie chełbotania. Puchliny brzusznej w żadnym przypadku nie było. Badania moczu w dwóch przypadkach nie wykonano, w dwóch mocz nie zawierał nieprawidłowych składników, w jednym był białkomocz, wreszcie w jednym przypadku dwukrotnie w moczu wykryto domieszkę krwi. Spostrzeżenia autora stwierdzają w ten sposób, że białkomocz i krwiomocz niezawsze występują przy nowotworach nerek. We wszystkich przypadkach u chorych było wybitne charłactwo. Pod względem histologicznym miał nowotwór tylko w jednym przypadku budowę miękkiego raka z obfitym rozwojem naczyń krwionośnych, inne przypadki stanowiły mieszane nowotwory, mianowicie gruczolako-mięsaki i gruczolako-mięśnio-mięsaki. Dokładniejsze badania histologiczne dowiodły, że te nowotwory mogły pochodzić, zgodnie z teoryą Cohnheima, jedynie z ognisk tkanki zarodkowej. Zdanie, które panowało dotychczas o częstości raków nerek u dzieci, Rachmaninow tłomaczy tylko brakiem lub niedokładnością badań histologicznych.

L. Jastrzębski (Ptbg.).

Backhaus. **Postępy w otrzymywaniu mleka i przyrządzaniu mleka dla dzieci.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor opisuje ulepszenia, wprowadzone w ostatnich latach w fabrykacyi t. zw. mleka Backhausa. Idą one głównie w kierunku jaknajczystszego otrzymywania mleka, a za wielki postęp w tym kierunku uważa autor dojenie przy pomocy nowej maszyny. naśladującej wiernie złożony mechanizm aktu ssania. Dzięki wprowadzonym udoskonaleniom zdołał obniżyć B. liczbę drobnoustrojów w 1 ctm.³ poniżej 2000, zatem 100 razy mniej od ilości, znalezionych w mleku, sprzedawanem jako wyborowe. Za postęp uważa również B. t. zw. homogenizacyę, t. j. zmiażdżenie kuleczek tłuszczu przez zastosowanie wysokiego ciśnienia, przez co tłuszcz traci zdolność oddzielania się od mleka w postaci wierzchniej warstwy śmietanki. Sposób następowego przyrządzania mleka Backhausa pozostał ten sam, co dawniej; jak wiadomo, opiera się on na zasadzie upodobnienia składu mleka do mleka kobiecego.

T. Żeleński.

Salge. **Zakażenie, a odżywianie.** (*Verhandl. der XXII. Versamml. der Ges. f. Kinderhk.*). W ostatnim czasie podał Schlossmann, iż wstrzykując 0·1 ctm.³ jałowej surowicy krowiej niemowlęciu, wywołuje się u niego wyraźny odczyn, ale tylko wtedy, jeżeli niemowlę to było żywione wyłącznie piersią kobiecą. Jeżeli zaś niemowlę żywione było mlekiem krowiem, odczyn nie pojawia się, co Schlossmann tłomaczy uodpornieniem dziecka przeciw białku krowiemu drogą przewodu pokarmowego. Twierdzenie to podaje obecnie w wątpliwości Salge, stwierdziwszy u 4 sztucznie żywionych dzieci oddziaływanie bardzo wybitne na surowicę.

T. Żeleński.

Heller. **O leczeniu dzieci nieprawidłowych umysłowo przez zatrudnienie.** (*Verhandl. der XXII. Versamml. der Ges. f. Kinderheilk.*). Leczenie to skuteczniejszem jest w młodym wieku, niż u dorosłych, gdyż wymaga pewnej podatności wychowawczej leczonego osobnika. Najskuteczniejszem jest wówczas, jeżeli połączonem jest ze zmianą środowiska, zatem w specyalnych zakładach. Zatrudnienie powinno mieć charakter celowej pracy, nie zaś zabawy lub wypełnienia czasu; powinno również dawać bezpośrednio widoczne i sprawiające dziecku przyjemność wyniki. Taką jest przedewszystkiem praca w polu i ogrodzie, jakoteż rzemiosła ręczne; nadto gospodarstwo domowe dla dziewcząt. H. leczył w ten sposób z dobrym skutkiem nieudolność umysłową, histeryę, drgania nerwowe, nawykowy samogwałt i niedomogę duchową (psychastenię).

T. Żeleński.

Eschorich. **Nowy oddział dla osesków w szpitalu św. Anny w Wiedniu.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Opis urządzeń zakładu, których przewodnią myślą jest jak najdalej posunięta aseptyka i izolacya. Oddział zaopatrzony jest w cieplarkę dla niedonoszonych pomysłu E., stanowiącą duży, podzielony na 3 ubikacye pokoik o szklannych ścianach. Dzięki temu urządzeniu nie naraża się dziecka na zmiany ciepłoty w czasie karmienia i przewijania, co stanowi ujemną stronę małych fracuskich modeli.

T. Żeleński.

Moro. **Znaczenie fizyologicznej flory jelitowej.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Ażeby się przekonać, o ile flora jelitowa niezbędną jest dla prawidłowego rozwoju zwierzęcia, powtórzył autor klasyczne doświadczenie Schotteliusa z tą odmianą, iż zamiast jajka kurzego użył jajka żaby. Żaba, wylęgnięta z jajka w sposób ściśle jałowy, pozostawała przez 34 dni w warunkach bezwzględnie jałowego oddychania i odżywiania się. Przez porównanie z żabami, hodowanemi w zwykłych warunkach, stwierdzono znaczną niższość fizyczną zwierzęcia, chowanego jałowo; zatem doświadczenie wykazało, iż fizyologiczna flora ma ważne znaczenie dla prawidłowego rozwoju. Stwierdziwszy to, stara się autor wyjaśnić rolę i działanie bakteryi jelitowych. Wytwarzając w jelitach środowisko kwaśnej fermentacyi, zapobiegają one gniciu, powstrzymują rozwój obcych gatunków bakteryi i nie pozwalają im osiedlać się w jelitach, wreszcie oddziałują korzystnie na mechanizm trawienia, wytwarzając gazy. Obecność gazów ma wielorakie znaczenie: pobudza ruchy robaczkowe, ułatwia posuwanie się pokarmów, rozszerzając światło jelit, powiększa powierzchnię błony śluzowej, rozciągając ją. Ponieważ w doświadczeniu, wykonanem przez autora, szkodliwe działanie obcych gatunków bakteryi odpada samo przez się, zaś sam brak wytwarzania gazów nie wystarcza, zdaniem M., dla wytłómaczenia tak znacznego upośledzenia rozwoju zwierzęcia, pozbawionego flory jelitowej, należy zatem przyjąć, iż drobnoustroje, zamieszkujące stale przewód pokarmowy, posiadają jeszcze inne przeznaczenia, dotychczas nam nieznane.

T. Żeleński.

Jagot. **Korzyści i niebezpieczeństwa żłóbków.** (*Pediatrie pratique* 1906, Nr 8). Wspólne pomieszczenie znaczniejszej liczby niemowląt jest rzeczą obosieczną przez ciągłe niebezpieczeństwo różnorodnych zakażeń, przenoszących się z dziecka na dziecko bądźto zapomocą pościeli i sprzętów, bądź też przez ręce posługaczek i dozorczyń. Stąd dostatecznie liczna, dobrze wyuczona służba i urządzenia, zapewniające dostateczną aseptykę, są w żłóbkach niezbędne. Na czas, w którym dziecko przebywa w domu, powinna matka otrzymywać potrzebną ilość porcyjek mleka. Na jaknajszersze rozpowszechnienie zasługują żłóbki przy fabrykach i pracowniach, urządzone w ten sposób, że pracujące matki mogą co 3 godziny karmić piersią pozostawione w tych żłóbkach dzieci. *T. Żeleński.*

Docent Gabryczewski. **Szczepionka płonicza i sprawa swoistości paciorkowca płoniczego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Autor starał się rozwiązać sporną dotąd sprawę swoistości paciorkowca płonicy przy pomocy swoistej szczepionki. Jest to zgęszczona hodowla bulionowa paciorkowca, pochodzącego z chorych na płonicę, zabita przy ciepłocie 60° C., poczem dodano do niej 0,5 prc. kwasu karbolowego; 1 sz. ctm. tej hodowli zawiera 0,02 do 0,03 sz. ctm. osadu z masy bakteryjnej, uzyskanego przy pomocy silnej centryfugi; 0,02 sz. ctm. tego osadu zawiera 0,05 suchej pozostałości. Szczepionkę po silnem skłóceniu wstrzykuje się w tkankę podskórną brzucha lub grzbietu w ilości 0,5 sz. ctm. pierwszy raz (u dzieci od 2 do 10 lat), potem jeszcze 2 razy w odstępach 7—10-dniowych, zwiększając dawkę za każdym razem $1^1/_2$—2 razy, stosownie do wywołanego odczynu; o ile można, trzeba unikać ciepłoty wyżej 39° C. Dawka dla dzieci do 2 lat jest 2 razy mniejszą, dla dorosłych 2 razy większą. Przy podniesionej ciepłocie szczepionki nie należy wstrzykiwać. Autor, wykonawszy wstrzykiwania u przeszło 700 dzieci różnego wieku, zauważył do pewnego stopnia zapobiegawcze działanie szczepionki. W 13,3 prc. zjawiła się wysypka, nadzwyczaj podobna do wysypki płoniczej, tylko bez następnego łuszczenia się skóry. W niektórych razach oprócz wysypki zjawialo się zapalenie migdałków i wymioty; rumień szczepionkowy trwał 1—3 doby, przy następnych szczepieniach nie powtarzał się; u dzieci zaś, które już przebyły płonicę, rumień nie występował; obrzmienia gruczołów chłonnych i następnego łuszczenia się skóry nie było; ciepłota zwykle dochodziła do 38° C., rzadko wyżej 39° C. Na migdałkach niekiedy zjawiały się lekkie błony, język miał w niektórych razach znamienny wygląd malinowy. Wszystko to przemawia, zdaniem G., za swoistością paciorkowca płoniczego. Autor poleca używać swojej szczepionki, która może zmniejszyć zarówno ilość zachorowań na płonicę, jak i odsetko śmiertelności. Autor wreszcie przypuszcza, że szczepionka płonicza może do pewnego stopnia uchronić ustrój i od innych zakażeń pokrewnymi paciorkowcami wskutek t. zw. uodpornienia grupowego.

Z. Orlowski (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Esch. **Przyczynek do leczenia przeszkód porodowych, wywołanych włókniakiem macicy.** (*Zentralblatt für Gynekologie* 1906, Nr 17). 1) Kobieta 37-letnia, poroniła raz, a w 3 lata później zgłosiła się z końcem ciąży. Dno macicy niezwykle szerokie, płód żywy, w położeniu miednicowem I., cała prawa połowa macicy tworzy guz twardy. Część pochwowa bardzo wysoko, z przodu, ku stronie lewej; zatoka Douglasa wyparta przez duży guz, zajmujący większą część miednicy małej. Miednica prawidłowa. Po 4-godzinnych silnych bolach wysunął się guz ponad miednicę małą, część pochwowa znalazła się w osi miednicy, szyja drożna dla 2 palców, palec dochodzi do nóżki płodu. Nazajutrz rano ujście na 5 koron, tętno płodu gorsze; wieczorem wydobyto przy ujściu zupełnie rozwartem płód omdlały (3810 gr.), który zmarł po 6 godzinach. Sekcya wykryła między innemi wynaczynienia w jamie czaszkowej i brzusznej. W 11. dniu połogu wystąpił 3-krotnie zapad, połączony z dusznością i sinicą; 15. dnia gorączka, objawy zakrzepu w żyle udowej lewej; 16. dnia małe stłumienie w płucach; od 19. dnia ciepłota prawidłowa; plwocina krwawa; 30. dnia stwierdzono włókniak podsurowiczy po stronie prawej macicy, wielkości głowy mężczyzny. W następnym roku poroniła tażsama chora, a po niespełna 2 latach zgłosila się znowu jako rodząca. Płód w położeniu czaszkowem, guz w zatoce Douglasa, mało ruchomy; bole z początku słabe potem silne, mimoto ujście wewnętrzne rozwarte tylko na wielkość korony. Gdy odprowadzenie guza się nie udało, wykonano klasyczne cięcie cesarskie, połączone z wyluszczeniem włókniaka podsurowiczego z tylnej ściany macicy, z wycięciem i zaszyciem łożyska guza. Płód żywy (3880 gr.). Wyleczenie zupełne. 2) U 28-letniej pierwiastki, rodzącej z końcem ciąży, wyczuć można w okolicy pępka kilka ruchomych włókniaków macicznych; płód w położeniu miednicowem I., miednica prawidłowa. Część pochwowa poza spojeniem, ujście zewnętrzne na 2 palce, do wewnętrznego palec nie dochodzi; zatoka Douglasa wyparta przez okrągły, nieruchomy, twardy guz, wypełniający prawie zupełnie miednicę małą; wody odchodzą. Po dalszych 8 godzinach wysunął się guz nieznacznie ku górze. Nazajutrz ujście wewnętrzne na 2 palce, lecz guza odprowadzić nie można. Cięcio cesarskie z odcięciem nadpochwowem macicy włókniakowej. Płód żywy (3130 gr.). Wyleczenie gładkie.

B. Wojciechowski.

J. Saks. **Dwukrotne przedarcie sklepień pochwy podczas porodu u tej samej osoby.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). Chora 37-letnia rodziła po raz dziewiąty; 5 pierwszych porodów siłami przyrody, przy dalszych wymagało położenie nóżkowe zawsze pomocy lekarskiej, a dzieci ginęły z powodu trudności przy wydostawaniu główki. Teraz odeszły wody równocześnie z wystąpieniem bolów. Po 8 dobach z powodu bardzo gwałtownych bolów wezwano lekarza, który stwierdził zapad, krwawienie z części rodnych, nóżki w pochwie, nie dotarł jednak do ujścia. Wydobycie główki napotkało na trudności, pokonane po wezwaniu drugiego kolegi. Po urodzeniu płodu pokazały się pętle jelit w pochwie. Przewieziono chorą do zakładu, gdzie wyjęto przez pochwę łożysko z jamy brzusznej i stwierdzono oderwanie sklepienia tylnego i obu bocznych; macica dobrze skurczona. Jelito oczyszczono, odprowadzono i założono worek Mikulicza do pochwy. W połogu najwyższa ciepłota 37·8, objawy otrzewne przez kilka dni; 5. dnia usunięto gazę i znaleziono mały tylko otwór w pochwie; pierwsze wypróżnienie dopiero 10. dnia, poczem zwrot ku lepszemu. Miednica płaska ze sprzężną prawdziwą około 8 ctm. Po niespełna 3 latach zgłasza się chora jako rodząca z końcem ciąży; bole od doby. Ujście na 4 palce, przoduje ruchoma główka, płód ma się dobrze. Po 6 godzinach silne bole i osłabienie, a położna znalazła ujście, jak przedtem, główkę ruchomą, nie wielkie krwawienie z części rodnych. Z powodu pogorszenia się

stanu ogólnego chorej badał ją S. w 2 godziny później i stwierdził zewnętrznie objawy pęknięcia macicy, wewnętrznie zaś oderwanie tylnego sklepienia, przodowanie łożyska i rączki, powyżej główkę. Po obrocie trudno wydobyć główkę. Tym razem jelita nie wypadły; wytamponowano pochwę. W połogu najwyższa ciepłota 38·7, z początku niepokojące objawy otrzewne. 11. dnia otwór w sklepieniu zagojony. Ponad sklepieniem tylnem wytworzył się wysięk. Chora wyzdrowiała. Oderwanie się pochwy przy położeniu nóżkowem należy do wielkich rzadkości, zaś powtórzenie się tego zdarzenia u tej samej chorej zdaje się być spostrzeżeniem dotąd jedynem.

B. Wojciechowski.

G. Friedemann. **Nowy sposób sztucznej niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 17). F. zgniótł trąbkę enterotryptorem Mikulicza i podwiązał rowek katgutem. Podobnie, jak to stwierdzono w chirurgii jelit, powinno tu nastąpić bliznowate zamknięcie światła trąbki wskutek zupełnego zniszczenia błony śluzowej. F. zachęca ze względu na prostotę zabiegu do doświadczeń na zwierzętach i prób na ludziach. *B. Wojciechowski.*

Henkel. **O pubiotomii.** (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.* T. LVII, Z. 1). Autor zaznacza, iż pubiotomia jest jedną z tych operacyi, które mają na celu ocalić życie dziecka. Już rozcięcie spojenia łonowego w tym celu stworzono, lecz następstwa tej operacyi były czasami tak niepomyślne, iż operacya nie zyskała sobie nigdzie uznania. Już Gigli w 1893 r. zamyślał o pubiotomii, lecz pierwszy wykonał ją dopiero Basilio Bonard w Lugano w r. 1897 z pomyślnym skutkiem. Od tego czasu powoli zaczęto ją i gdzieindziej stosować. Pierwotnie wykonywano pubiotomię, tworząc ranę aż do kości, dopiero Döderlein pierwszy zastosował metodę podskórną z nieznacznem nacięciem na górnym brzegu kości łonowej. Tak nieznaczną rankę można z łatwością ustrzedz przed zanieczyszczeniem odchodami połogowymi. Autor radzi następnie, by zawsze przed wprowadzeniem igły oddzielać okostnę i dokładnie oznaczyć sobie miejsce przepiłowania, co nie jest trudne, zwłaszcza, że można brzeg otworu jajowatego wyraźnie namacać. Przy piłowaniu uważać należy, by kość przepiłować zupełnie, gdyż najmniejszy nieprzepiłowany mostek kostny może stawiać bardzo silny opór przejściu główki. Rozszerzenie się kości jest stopniowe; odległość zrazu 1—2 ctm., zwiększa się coraz bardziej w miarę rozciągania się więzadeł w stawie krzyżowo-biodrowym i dochodzi mniejwięcej do 5 ctm. Krwawienia z ciała jamistego łechtaczki nigdy nie są niebezpieczne, ustawały przy zwykłym ucisku, a powstające niekiedy krwiaki goją się przy odpowiedniej czystości zupełnie bez ropienia. Co do tego zaś, czy należy po pubiotomii rodzącą sztucznie rozwiązywać, to autor radzi iść za zdaniem Mengego, by poród pozostawić siłom przyrody, w razie zaś konieczności zabiegu radzi obrót z następowem wydobyciem lub kleszcze. Do wydobycia radzi stosować ułożenie Walcherowskie. Po operacyi chora może zacząć wstawać w 14 lub 15-tym dniu. Co do wskazań do operacyi ze względu na miednicę, to granicę przy miednicach płaskich stanowi sprzężna 6·75—8 ctm., a przy ogólnie ścieśnionych 7·5—9 ctm. U pierwiastek wogóle autor nie radzi wykonywać pubiotomii ze względu na wązkość pochwy i możliwość znacznych obrażeń matki.

Dr. G. Wierzbicki.

OKULISTYKA. Wadziński. **Przypadek kilaka twardówki.** (*Wiest. Oftalm.* Nr 2, 1906). Chory, ślusarz, został przyjęty w lutym 1905 r. do lecznicy w Wilnie z guzem lewego oka. Przed 9 miesiącami zachorował na kiłę; leczył się rtęcią i jodkiem potasowym. W końcu grudnia 1904 r. podczas pracy doznał urazu lewego oka odłamkiem żelaza: oprócz niedużego krwotoku na dolnej powiece, niewielkiego zaczerwienienia spojówki, bolu i owrzodzenia, żadnych zmian nie było. Po pewnym czasie na tem miejscu rozwinął się guz, który się ciągle powiększał; guz był usadowiony o 2—3 mlm. ku dołowi od brzegu rogówki w kształcie ciała podługowatego, wyraźnie odgraniczonego, 12 mlm. długości, 9 szerokości i 5 wysokości; był nieruchomy, barwy żółtawo-czerwonej i łączył się mocno z twardówką. Zaczerwienienie spojówki było nieznaczne; na ból chory się nie skarżył; rogówka, tęczówka i siatkówka były całkiem prawidłowe; granice tarczy nerwu wzrokowego trochę zaciemnione; bystrość wzroku, akomodacya, refrakcya — prawidłowe; źrenice dobrze oddziaływały na światło; prawe oko było zupełnie zdrowe. W ciągu kilku pierwszych dni pobytu chorego w szpitalu powstał na tem samem oku nieco na zewnątrz drugi trochę mniejszy guz o cechach bardzo podobnych. Choremu zalecono wcieranie rtęci, ciepłe wanny, przemywanie oka rozczynem kwasu borowego, ciemne okulary i ogólne leczenie wzmacniające. W ciągu trzech tygodni guzy znikły; na miejscu większego pozostała trochę wciągnięta blizna, zrośnięta ze spojówką; na miejscu zaś mniejszego została niedużа zabarwiona plamka. Autor zwraca uwagę na to, iż kilak w danym przypadku powstał w tem miejscu, gdzie zadziałał uraz, który obniżył miejscową odporność ustroju. Autor przytacza w końcu 3 przypadki, opisane przez Dodda, w których wkrótce po urazie u chorych na kiłę zjawiło się miąższowe zapalenie rogówki.

Karol Karnicki (Ptbg.).

Doc. Sniegirew. **Dwa przypadki jednoczesnego ostrego obustronnego zapalenia gruczołów łzowych i ślinianek.** (*Wiestnik Oftalmologii* 1906, Nr 2). I. Chory, urzędnik 19-letni, zgłosił się do szpitala ocznego w Moskwie ze skargą na ropienie się oczu, zaczerwienienie i obrzmienie powiek, które powstało przed kilku dniami. Przy badaniu chorego znaleziono, co następuje: górne powieki obu óczu zaczerwienione i znacznie obrzękłe, szczególnie w zewnętrznej części, w której można wyczuć znacznie powiększony, dość twardy gruczoł łzowy; chory odczuwał ból nietylko przy dotknięciu, lecz i przy ruchach gałki ocznej; znaczne przekrwienie i obrzmienie spojówek, dość znaczny śluzotok. Ślinianki podżuchwowe w stanie zapalnym; ciepłota 38,2; kiły, ani wiewióra chory nie przechodził. Zalecono przemywanie óczu rozczynem cyanku rtęciowego 1: 6000, ogrzewające okłady z maścią z cyanku rtęciowego 1: 1000 i wewnętrznie 2 razy dnia 0,5 grm. salicylanu sodowego. Po dwóch tygodniach zapalenie i obrzmienie gruczołów łzowych i ślinianek ustąpiło. II. Robotnik fabryczny przeziębił się trzy dni przed zgłoszeniem się do lekarza. Przy badaniu: silne zaczerwienienie i obrzmienie górnych powiek; w zewnętrznej części powiek górnych czuć znacznie powiększone, twarde gruczoły łzowe; znaczne przekrwienie i obrzmienie spojówek; mały śluzotok, silny ból przy ruchach gałki ocznej; nieżyt nosa; ślinianki znacznie powiększone; ciepłota 37,7. Leczenie to samo, co i w pierwszym przypadku; po 10 dniach wyzdrowienie. W wydzielinie spojówek badanie wykryło znaczną ilość laseczników rzekomo-błoniczych i niewielką ziarenkowców. *Karol Karnicki* (Ptbg.).

Kazas. **W sprawie szczelin ocznych.** (*Wiestnik Oftalmologii* Nr 2, 1906). Autor opisuje trzy przypadki szczelin ocznych, które spostrzegał w szpitalu wojskowym w Brześciu. W pierwszym przypadku nieprawidłowość była na obu oczach, a mianowicie: w tęczówkach, siatkówkach, naczyniówkach i nerwach wzrokowych były szczeliny. W drugim przypadku na lewem oku były szczeliny w tęczówce, siatkówce i naczyniówce; prawe oko było prawidłowe. W trzecim przypadku była na lewem oku szczelina plamki żółtej; równocześnie stwierdzono drżenie gałki ocznej lewej. Autor zwraca uwagę na szczególne podobieństwo szczelin naczyniówki do zanikowych plamek na dnie oka, pozostałych po zapaleniu naczyniówki i zgadza się z teoryą Deutschmanna i Panasa, iż szczeliny oczne powstają wskutek zapalenia naczyniówki w życiu płodowem. Ponieważ tęczówka tworzy się w życiu płodowem z naczyniówki, więc bardzo prawdopodobnie zapalenie naczyniówki lub zmiany jej naczyń w tym okresie mogą wywołać szczeliny w tęczówce. Co się tyczy przyczyn, które mogą wywołać zapalenie naczyniówki u płodu, to autor sądzi, iż muszą one być te same co i u ludzi dorosłych, a mianowicie: kiła, zakażenie, skazy krwi, choroby przemiany materyi itd.

Karol Karnicki (Ptbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 2 maja 1906 r.

Obecnych członków 36. Przewodniczy kol. Doc. Rutkowski. Protokół po odczytaniu przyjęto.

I. Kol. Prym. Borzęcki przedstawia dziecko kilkoletnie z rozległemi **odmrozinami** (*perniones*) na ręce, niezwykle długo i uporczywie pomimo leczenia się utrzymującemi.

W dyskusyi kol. Prof. Reiss zapytuje, czy stosowaną była *calcaria chlorata*, podana przez Binza z Bonn, która ma dawać wyniki względnie dobre.

II. Kol. Nitsch zdaje sprawę ze swoich **doświadczeń nad wścieklizną,** wykonanych w ostatnich 2 latach w krakowskim zakładzie higieny U. J. Jako najważniejsze wyniki tych badań przytacza następujące fakta: 1) Zarazek stały (*virus fixe*) ze środkowej części rdzenia w stanie zupełnie świeżym może być nieszkodliwy dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu (doświadczenie prelegenta na sobie samym). 2) Właściwą siedzibą zarazka wścieklizny są za życia ustroju komórki nerwowe. 3) Po śmierci zarazek przenika z komórek nerwowych w otaczającą substancyę nerwową, a może i w inne tkanki. 4) Zarazek wścieklizny

posiada ruchy własne. 5) Wzmocnienie jadowitości zarazka wścieklizny stałej (*vir. fixe*) w porównaniu ze zarazkiem ulicznym odnosi się do układu nerwowego wszystkich zwierząt ssących, a nie do ustroju królików. I to jest główna i zasadnicza różnica między zarazkiem stałym, a zarazkiem ulicznym. Prelegent w krótkich słowach przedstawia dowody na poparcie tych twierdzeń. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi kol. Eisenberg zwraca uwagę, że nauka dotychczas znała jeden rodzaj przystosowania, a mianowicie przystosowanie drobnoustrojów do gatunku lub ras zwierzęcych, nie zwracano zaś wcale uwagi na to, że takie przystosowanie jest możliwe i dla tkanek lub narządów ustroju zwierzęcego. Badania kol. Nitscha zdają się za tem przemawiać.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Na posiedzeniu w d. 9 marca 1906 przedstawił Dr Krysiewicz 11-letniego chłopca **z porażeniem lewego nerwu sprychowego i strzałkowego** skutkiem postrzału kulą teszyngową, która przeszywszy prawy policzek w okolicy dołu szczękowego utkwiła w głębokich mięśniach karku pod kością potyliczną po stronie prawej. Porażenie wystąpiło dopiero na drugi dzień po postrzale, z początku jako połowicze, a dopiero później ograniczając się do zakresu wymienionych nerwów. Przerwa dróg ruchowych powstała albo w szypule mózgowej, albo w moście, a to nie wskutek zmiażdżenia substancyi nerwowej bezpośrednio przez kulę, lecz wskutek krwotoku, wywołanego silnem uderzeniem kuli o kość potyliczną. Dlatego też porażenie nie powstało odrazu, ale dopiero wtedy, gdy zwiększający się krwotok wywołał ucisk na substancyę nerwową; po wessaniu krwi wybroczonej ustąpiło porażenie połowicze, ale potworzyły się blizny, niszczące niektóre szlaki ruchowe, wobec czego pozostałe porażenie nn. sprychowego i strzałkowego będzie prawdopodobnie trwałe. — Z kolei przedstawił Dr Pomorski: a) przypadek **operowanej** własnym sposobem **przepukliny mózgowej** u kilkodniowego dziecka, b) okaz **mięsaka gruczołów,** wyłuszczonego u 3-letniego dziecka w warunkach trudnych, gdyż tętnica pachowa była zupełnie nowotworem obrośnięta. — W końcu odbyły się ożywione rozprawy nad wykładem W. Zakrzewskiego: **O wrzodzie żołądka.** Dr Swięcicki omawiał związek żołądka i narządu rodnego i powstawanie wrzodu żołądka w okresie okwitania i w przypadkach niedokształtu narządu rodnego, oraz powstawanie wrzodu równocześnie z *endometritis dyscratica* jedynie wskutek blednicy, po której wyleczeniu oba tamte cierpienia ustępowały; dalej wskazał na to, że krwawienia żołądkowe nie zawsze przemawiają za wrzodem, nawet, jeśli można wyłączyć raka i marskość wątroby, że usadowienie bolu w pewnem określonem miejscu niezawsze odpowiada istotnej siedzibie wrzodu; nadmienił wreszcie, że zmiana postawy chorego, zmniejszając lub usuwając ból, nieraz pozwala określić siedzibę wrzodu i tak: zniknięcie bolu przy położeniu się na lewy bok przemawiačby mogło za wrzodem w okolicy odźwiernika, a zniknięcie bolu przy położeniu się na brzuch — za wrzodem na tylnej ścianie żołądka. Morfina jest przy obawie przedziurawienia żołądka wskutek wrzodu przeciwwskazaną, bo może zaciemnić obraz chorobowy, przez to opóźnić operacyę i pogorszyć rokowanie. Dr Gantkowski na podstawie własnego obfitego doświadczenia zalicza do najpewniejszych objawów przewlekłego wrzodu nie ból, wywołany uciskiem, ale raczej okresowe ciśnienie po jedzeniu. Bole, powodowane rozrzuconemi bliznami, koi dobrze bornywal. Dr Tomaszewski obawiałby się wśród silnego krwawienia używać zgłębnika żołądkowego; w takim przypadku najlepsze usługi oddaje morfina. Dr Pomorski sprawdził, że przy krwawieniach miąższowych podczas operacyi płukanie letnim rozczynem soli oddaje niemal te same usługi, co tampon. Stąd sposób Ewalda (przepłukiwanie żołądka przy krwotoku wodą lodową) przemawia mu do przekonania; możeby nawet wodę zimną zastąpiła letnia lub chłodna. W końcu Dr Zakrzewski odpowiada mówcom poprzednim i nadmienia, że do najlepszych środków w przypadkach podostrych zalicza azotan srebrowy, który również dobrze działa przy przekwaśności i sokotoku. Bornywal koi bole tylko czysto nerwowe, przeciw bolom wskutek samego wrzodu zaleca Dr Z. w ostrym okresie morfinę, w przewlekłym atropinę.

(Według »Nowin lekarskich«, 1906, Nr 5). *R.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 11/24 kwietnia 1906 r.

Obecnych członków 20.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Dr Wojciech Kozłowski odczytuje rzecz p. t.: **„Dwa przypadki torbielowego zapalenia wyrostka robaczkowego“** (rzecz przeznaczona do druku). Odczyt był objaśniony okazami wyciętych wyrostków.

W dyskusyi doc. dr Witold Orłowski na zapytanie dra Skargi przedstawia historyczny rozwój poglądów na wewnętrzne i chirurgiczne leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego. Przemawiali również dr Strawiński i dr Uliński.

III. Dr med. Z. Orłowski wykłada rzecz p. t.: **„Ze spostrzeżeń klinicznych nad digalenem“** (rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Dr Wilamowski nie zgadza się z wnioskiem prelegenta, że digalen nie ma działania zbiorowego. — Prof. dr St. Zaleski zwraca uwagę na nagłe zejście śmiertelne w kilku przypadkach prelegenta przy napozór dobrym stanie chorych i na zbiorowe działanie naparstnicy; wstrzykiwanie śródżylne dużych dawek (4—15 cm.^{3}) digalenu, stosowane przez niektórych badaczy, uważa za niebezpieczne, ponieważ oprócz digitoksyny wprowadzamy w ten sposób do krwi dużo nieobojętnej dla ustroju gliceryny. — Doc. dr W. Orłowski omawia sprawę zbiorowego działania naparstnicy, stosowanie jej przez czas dłuższy, polecane przez Eichhorsta, oraz stosowanie dużych dawek we włóknikowem zapaleniu płuc (Petresco); wreszcie wytyka usterki w metodyce prelegenta, których usunięcie (nie zawsze zresztą zależne od badacza) pozwoliłoby porównać kliniczną wartość digalenu z wartością innych leków sercowych.

Na posiedzeniu administracyjnem doc. dr W. Orłowski przedstawia zebraniu stosunek »Przeglądu lekar.« do tych Towarzystw, których »Przegląd« jest organem, oraz wyniki układów, które na mocy uchwały Koła prowadził z Administracyą tego czasopisma w celu zawiązania stałego stosunku Koła z »Przeglądem«. Po dyskusyi, w której brali udział dr Strawiński, prof. St. Zaleski i doc. dr W. Orłowski, zebranie odrzuca wniosek o zawiązanie stałego stosunku »Koła« z »Przeglądem« na wzór stosunku »Przeglądu« z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, ale uznając »Przegląd« za wzorowsze czasopismo polskie, uchwala zebranie jednogłośnie popierać go w swojem Kole.

Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo „Samopomocy lekarzy Galicyi“ uchwaliło 6 maja 1906 na wniosek Wydziału przystąpić do **Związku państwowego organizacyi lekarskich austryackich** (*Reichsverband österreichischer Aerzteorganisationen*), który powstał z końcem marca r. b. w Wiedniu, a wzoruje się w ogólnych zarysach na Związku lipskim. Celem Związku jest popieranie interesów ogólnolekarskich z wyjątkiem spraw, tyczących się polityki (§ 2 statutu). Do celu tego będzie zmierzać drogą zwyczajnych i nadzwyczajnych posiedzeń, pisemnej wymiany myśli za pomocą pism zawodowych i przez wspieranie wszelakich dążeń, zmierzających do poprawy lekarskich interesów zawodowych, dalej przez udzielanie porady we wszystkich sprawach zawodowych i przez udział w zgromadzeniach i naradach w kraju i za granicą, jakoteż przez wymianę myśli z zawodowymi Związkami lekarskimi w innych państwach. Na posiedzenia Związku, które mają się odbywać przynajmniej raz w roku w Wiedniu, a częściej, jeśliby zaszła tego potrzeba, deleguje każda organizacya swego przewodniczącego, a zgromadzeni przewodniczący wybierają z pośród siebie prezydenta Związku na trzy lata. Poszczególne organizacye (§ 6) płacą wkładki dobrowolne, byle wystarczyły na opędzenie kosztów administracyjnych Związku. *E. S.*

Medycyna i dziennikarstwo. Pisma lekarskie, jak przypuszcza w ostatnim numerze »*La Medécine moderne*«, okażą się niedługo najzupełniej zbytecznemi, skoro prasa codzienna zajmuje się ponad wszelką potrzebę wszelkiemi lekarskiemi nowinami i senzacyjnemi odkryciami w zakresie medycyny. Tak się dzieje w Europie, a nie inaczej w Ameryce. Jedna z nowojorskich

gazet, »Sun«, prześciga pod tym względem wszystkie inne. Ostatnimi czasy umieściło to pismo najdokładniejsze sprawozdanie o operacyi kamienia nerkowego, dokonanej przez znanego chirurga w Nowym Jorku. Jednak najciekawszą rzeczą jest to, że owa tak drobiazgowo opisana operacya odbyła się dopiero w 12 godzin po wyjściu dziennika! Już więcej na pewno nie można wymagać od sumiennego reportera. *E. S.*

Reforma ustawy prasowej w Austryi obchodzi lekarzy ze względu na § 34 i 35 przedłożonego obecnie parlamentowi projektu ustawy. § 34 brzmi: »Kto w pewnem piśmie umieszcza ogłoszenia, zajmujące się w formie, naruszającej obyczajność, obcowaniem płciowem albo zapobieganiem chorobom płciowym albo ich leczeniem, ma być z powodu tego przekroczenia karany aresztem od 1 dnia do 6 tygodni, z czem może się łączyć grzywna aż do wysokości 1000 k.«, a § 35 nakłada grzywnę od 10—500 k., lub areszt od 1 dnia do 4 tygodni za ogłaszanie w pismach leku, urzędownie zakazanego. VII. wiec Izb lekarskich w roku 1902 uchwalił starać się o takie poprawki tych §§, aby pierwszy z nich stanowił jeszcze silniejszą zaporę dla nieetycznego reklamowania się lekarzy, a drugi mógł służyć do zwalczania partactwa leczniczego. Wniesionej petycyi komisya parlamentarna nietylko nie uwzględniła, ale nawet skreśliła z § 34 zakaz ogłoszeń o zapobieganiu chorobom płciowym i ich leczeniu. Co prawda Izby lekarskie austryackie po wniesieniu petycyi sprawą tą się nie zajmowały, a niektóre oświadczyły się odrazu przeciw uchwale wiecu. A jednak, jak podnosi Dr Mikołajski (»Głos lek.«, 1906, 10) zmiana § 35 w ten sposób, by mógł on służyć do zwalczania panoszącego się partactwa, jest dla stanu lekarskiego bardzo ważną i pożądaną. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20 do 26 maja 1907 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 14 przypadków w 5 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Libiąż wielki 1, Libiąż mały 1), Tarnów (m. Tarnów 9, Kielanowice 2), Wieliczka (Żerosławice 1); duru plamistego 83 przypadków w 23 gminach, mianowicie w pow. Brzeżany (Płancza m. 4), Buczacz (Koropiec 3), Dolina (Olchówka 1), Horodenka (Żuków 9), Jaworów (Zawadów 2, Świdnica 2, Czaplaki 1, Gnojnice 1, Szczepłoty 4), Łańcut (Łańcut 1), Nadwórna (Zielona 6), Rawa (Ulhówek 2, Rzyczki 6), Stryj (Pławie 3), Tarnopol (Józefówka 2), Tłumacz (Bortniki 8, Puźniki 2, Targowica 5, Grabicz 4), Turka (Jabłonka n. 4), Zaleszczyki (Burakówka 10), Złoczów (Bużek 2), Zborów (Korszyłów 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 14 przypadków w 13 gminach, mianowicie w m. Krakowie 1, Bochnia (m. Bochnia 1, Ujazd 1, Kamionna 2), Chrzanów (m. Chrzanów 1), Gorlice (Sokół 1), Jarosław (Tymowice 1), Jasło (m. Jasło 1), Łańcut (Brzyska w. 1), Pilzno (Jaźwiny 1), Ropczyce (Dębica 1), Rzeszów (Kraczkowa 1), Żywiec (Lipowa 1).

Ruch ludności w Krakowie. Między 20 a 26 maja b. r. urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 2; zmarło osób 54 (obcych 17); z tego z gruźlicy 15 (9), zapalenia płuc 6 (—), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego 8 (1), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 5 (2).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13 do 19 maja zgłoszono przypadków błonicy 3 (obcych 3), krztuśca 2 (2), płonicy 3, odry 2, duru osutkowego (1), duru brzusznego (3), zapalenia opon nagminnego 2 (1). W tymże czasie zmarło z płonicy 1, z duru brzusznego (1).

Wakacyjne kursa lekarskie

zamierzone w Krakowie w lipcu b. r., nie odbędą się w tym miesiącu i muszą być odłożone, gdyż zgłosiło się na nie po dziś dzień bardzo mało uczestników, (nawet na najważniejsze przedmioty kliniczne zaledwo po 3 –4).

W nadziei, że za parę miesięcy ze zmianą stosunków politycznych nadejdzie sposobniejsza dla wznowienia kursów pora, poruszono myśl, by odłożyć kursa tylko na pół roku i spróbować urządzić je w Krakowie w grudniu r. b. w czasie feryi świątecznych, o czem dokładniejsza wiadomość podaną będzie w październiku za pośrednictwem prasy lekarskiej.

Kraków 31 maja 1906.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 30 maja posiedzenie w klinice okulistycznej, na którem uchwalono utworzyć w Towarzystwie komisyę higieniczną i wybrano jej prezesem prof. Jordana, a sekretarzem dr Biera; wybrano delegatów do Rady zawiadowczej i na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, poczem 1) prof. Wicherkiewicz *a*) wyłożył rzecz »O pyoktaninie w okulistyce«, *b*) przedstawił szereg ciekawych przypadków (*blepharochalasis, anirydia cong.* i w. i.), *c*) przedstawił przyrządy (eksoftalmometr, lampę Sachsa i t. d.); 2) dr Witaliński mówił »O uszkodzeniach ócz ciałami obcemi« (według spostrzeżeń kliniki w r. b.).

— Rada honorowa Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła dnia 26 maja posiedzenie, na którem toczyła się rozprawa honorowa, zarządzona z urzędu przeciwko drowi S. Po przesłuchaniu obwinionego i skarżącego odroczono rozprawę celem dalszego dochodzenia na podstawie aktów sądowych, mających związek pośredni z tą sprawą, których uchwalono zażądać od odnośnego sądu. Druga rozprawa, na dzień ten rozpisana, nie odbyła się, a Rada honorowa oświadczyła obwinionemu drowi J., że sprawa przeciw niemu, wniesiona do Izby przez dr B., upada z powodu niestawienia się skarżącego, co uważać należy za cofnięcie skargi. — W tym samym dniu odbył posiedzenie Wydział Izby, załatwiając kilka spraw administracyjnych i bieżących. *L.*

— Egzamin fizykacki złożyli dr Freund i dr Karas.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 21 b. m. następującemi sprawami: Zamianowano dr Teofila Stachiewicza zastępcą przewodniczącego Kasy chorych lekarzy. Petycyę do parlamentu wniesioną przez lekarzy więziennych galicyjskich sądów o poprawę warunków służbowych, postanowiono na razie poprzeć w ten sposób, że uchwalono przedłożyć tę sprawę Wydziałowi wykonawczemu Izb i Izbie gospodarczej. W sprawie jednej z powiatowych Kas chorych przypomniano orzeczenie Namiestnictwa, że lekarzowi powiatowemu, jako urzędnikowi starostwa, które powołane jest do kontroli tej instytucyi, nie wolno przyjmować posady lekarza Kasy chorych; postanowiono nadto zebrać od wszystkich Izb wzory kontraktów lekarzy z Kasami chorych, by mieć odpowiedni materyał przy udzielaniu rad zwracającym się do Izby lekarzom i przy ratyfikowaniu zawartych kontraktów. Postanowiono zająć się sprawą Kas chorych majstrów i sprawą podwyższenia honoraryum lekarskiego za badanie ubezpieczających się na życie w Towarzystwach ubezpieczeń. Uchwalono w myśl wniosku Izby zach.-gal. założyć wspólne bióro informacyjne dla całej Galicyi. Załatwiono kilka drobniejszych spraw administracyjnych i honorowych. — Rada honorowa przeprowadziła 25 maja rozprawę między dwoma lekarzami, zakończoną pogodzeniem się obu stron.

— Porządek dzienny XI posiedzenia naukowego Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 1/VI obejmował: 1) dr J. Świątkiewicz: Leczenie tocznia eugallolem. 2) Prof. Gluziński: Przedstawienie i objaśnienie kliniczne preparatów *a*) raka płuc, *b*) przerostowej marskości wątroby (i *infantilismus*). 3) dr Fels: 720 zamachów samobójczych (z lwows. stacyi ratunkowej).

— Egzamin fizykacki złożyli dr dr: Bogdan Barański, Eugeniusz Doliński, Juliusz Kocwa, Jarosław Novak, Stanisław Szczurkowski, Eugeniusz Wajgiel, wszyscy z odznaczeniem.

Warszawa. Szpitale warszawskie miały przejść pod zarząd miasta. Przyczyną tego stało się ostateczne bankructwo finansowe zarządzającej dotąd szpitalami Miejskiej Rady dobroczynności publicznej, utworzonej w r. 1870 w celu upaństwowienia szpitali, a obecnie, wskutek wadliwej administracyi majątkiem tych instytucyi, niedopisywania podatku szpitalnego i t. d., mającej 700,000 rb. długu. Do narad w sprawie umiastowienia szpitali zaproszono jako znawców przedstawicieli warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i higienicznego. Niespodzianie jednak sprawa ta napotkała na poważne trudności i zapewne znowu ulegnie zwłoce. Magistrat gotów był przejąć szpitale już 14. czerwca b. r., obecnie jednak okazuje się, że nie może to tak rychło nastąpić z przyczyn prawnych, wypływających z manifestu 30. października r. z. Na mocy bowiem jego odebranym być może zarząd szpitali Miejskiej Radzie dobroczynności publicznej tylko na zasadzie uchwał Dumy państwowej i Rady państwa. *L.*

— »Gazeta lekarska« (Nr 20) prostuje podaną przez siebie wiadomość o zamknięciu przytułku dla chorych umysłowych w Drewnicy. Strajk służby nie doszedł do skutku i przytułek nie został zamknięty.

— W tych dniach wyszła z druku praca zbiorowa p. t. »Medycyna w Samorządzie«, mająca być drogowskazem dla przyszłych samorządnych organizacyi sanitarnych. Z pracy tej zdaną będzie sprawa w jednym z następnych numerów »Przegl. lekarskiego«.

— W Lublinie otwarto składki na tablicę pamiątkową ś. p. Gustawa Dolińskiego.

Z różnych stron. Niemiecka prasa lekarska z powodu pogłosek o podziale czynności ministeryum oświaty w Niemczech i przydzieleniu spraw sanitarnych ministerstwu spraw wewnętrznych, ponawia żądanie, aby utworzono osobne ministeryum zdrowia.

— Na uniwersytecie lipskim zezwolono kobietom wpisywać się jako słuchaczki zwyczajne.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku 1909 w Dreźnie. Na ten cel przeznacza rada miejska 200,000 M.

— W Karlsbadzie czyni miejscowe Towarzystwo lekarskie starania, by miasto założyło międzynarodowy zakład leczniczy dla niezamożnych lekarzy.

— Wyjątkową rzeczywiście, bo 70-tą rocznicę doktoratu obchodził niedawno w Poczdamie dr Stolte, liczący obecnie lat 91.

— Prof. Koch ma dla zbadania śpiączki afrykańskiej pozostać w Afryce najmniej 2 lata.

— Miasto Hamburg przeznaczyło na asanizacyę niezdrowych mieszkań niemniej, jak 10 milionów marek.

— Zjazd, poświęcony chorobom zawodowym, odbędzie się 9—14 czerwca b. r. w Medyolanie. Wiadomości udziela sekretarz generalny Zjazdu, prof. Devoto (Medyolan, via Manzoni 10).

— Prof. Brouardel złożywszy przed paru laty po wieloletnich rządach urząd dziekana Wydziału lek. w Paryżu, obecnie ustępuje także z katedry medycyny sądowej.

Mianowani: J. H. Groom profesorem położnictwa w Edynburgu.

Powołani: Prof. Chiari z Pragi na miejsce Recklingshausena do Strassburga; prof. Ziemke z Halle na dyrektora nowo utworzonego zakładu sądowolekarskiego w Kiel.

Zmarli: anatom prof. Allard w Grenobli.

Dr Stanisław Turkiewicz w Warszawie w 68 r. ż.; dr Michał Kaufmann z Krakowa, w Maryenbadzie w 64 r. ż.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 19. Grzankowski: Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy. Bzura: (c. d. z Nr 18). — Nr. 20. Zembrzuski: Przyczynek do powstawania ropnicy po czyraku skóry. Grzankowski, Bzura: (dok. z Nr 19).

— *Tygodnik lekarski* Nr 21. Damański: Kilka słów o zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic. Blumenfeld, Fels: (c. d. z Nr 20).

— *Kronika lekarska* Nr 10. Ciąg dalszy artykułów Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia.

— *Časopis lekařův českých* Nr 21. Molek: O resekci kloubů dolních a horních končetin. Poledne: Kazuistika z I int. oddělení. Novotny: Řídký případ zrůdnosti pyje. Babor (c. d. z Nr 20).

— *Semaine médicale* Nr 21. Pierre Marie: Rewizya sprawy niemoty: trzeci lewy zakręt czołowy nie ma żadnego szczególnego znaczenia w czynności mowy.

— *Presse médicale* Nr 40. Raymond i Guilain: Zanik mięśni o typie lędźwiowo-miedniczno-udowym. Pater: Działanie żywności, niezawierającej chlorków, na ciężar ciała w toku płonicy. Romme: Serodyagnostyka kiły. — Nr 41. Roger i Garnier: Niedrożność jelit. Patogeneza i fizyologia patologiczna. Fischer: Wodoleczenie cholery azyatyckiej i swojskiej. — Nr 33. Paisseau: Zatrzymanie mocznika.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 21: Detre: O stwierdzeniu swoistych niweczników i ich antygenów u chorych na kiłę. Kraus i Volk: Dalsze badania odporności w kile i przy szczepieniu przeciwospowem. Müller i Scherber: Dalsze wiadomości o etyologii i klinice zapalenia żołędzi (*balanitis erosiva circinata* i *balanitis gangraenosa*). Passini: Bakteryjne substancye hamujące Conradiego i wpływ ich na wzrost beztlenowców w jelitach. Bloch i Reitmann: Badania wymiany materyi w twardzinie skóry. Favarger: W sprawie przewlekłego zatrucia tytoniem. Moro: O odruchach twarzowych u oseskÓw. Foges: Rectoromanoscopia.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 21. Ledderhose: Rozpoznanie i leczenie stopy płaskiej. Herxheimer: Trzustka a cukrzyca. Martin: Przypadek równoczesnego duru i dysenteryi amebowej, powikłanych ropniami wątroby i śledziony. Riese: Operacya w chorobie Barlowa. Püschmann: Przypadek guza mostu i móżdżku. Hirsch: (dok. z Nr 20). Busalla: Rzadki objaw w zakresie tętna przy krwotoku wewnętrznym wskutek ciąży jajowodowej. Matte: Trepanacya błędnika i wyskrobanie przedsionka z powodu dolegliwych szmerów przy t. zw. zakostnieniu ucha środkowego (*otosclerosis*).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 21. Weil i Nakajama: O stwierdzeniu antytuberkuliny w tkance gruźliczej. Schickele: W sprawie zbrodniczego spędzenia płodu. Rosenstern: Badania wymiany materyi w białaczce w czasie leczenia promieniami Röntgena. Walz: W sprawie rozpoznawania wrodzonej niedrożności jelit cienkich, z uwzględnieniem badania smółki. Scheibe: O leczeniu ostrych zapaleń ucha środkowego z uwzględnieniem rozmaitej ich etyologii. Gerlach: Próby podawania neuronalu u chorych umysłowo. Lindemann: W sprawie stwierdzenia kwasu acetooctowego w moczu. Kuhn: W sprawie techniki przekrwienia sposobem Biera. Uffenheimer: Psychologia lekarska ze względu na leczenie i wychowanie tępych umysłowo.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 22. Talma: Ropomocz przez leukocytozę. Kast: Przyczynek doświadczalny do mechanizmu wydzielania żołądkowego po śniadaniu próbnem. Bauer: O wykryciu dającej się strącić substancyi mleka krowiego we krwi wyniszczonych oseskÓw. Kronthal: Czy histerya jest chorobą nerwową? Senator: O toczniu błon śluzowych w górnych drogach oddechowych. Deutschländer: (dok. z Nr 21). Mohr: W sprawie patologii i terapii stwardnienia tętnic.; nadto wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Odb. z „Przeglądu chorób skórn. i wener.“ 1906. — Regiec: Rymanów-Zdrój. — Rydygier Ant.: O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana. — Medycyna w Samorządzie. Praca zbiorowa grona lekarzy warszawskich. Warszawa. E. Wende i Sp., 1906. Str. VII+298.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Vichy poleca L. Fürst z Berlina w przewlekłych niestrawnościach, spowodowanych nienależytym doborem potraw w kołach zamożniejszych. Sama zmiana dyety bowiem w tych przypadkach jeszcze nie wystarcza do zobojętnienia treści żołądka. Vichy stoi na czele wskazanych wówczas środków alkalicznych, dających się czas długi bez szkody zażywać. Liebreich poleca szczególnie kołaczyki „Comprimés Vichy Etat“, przetwór źródeł „Grande Grille, Hôpital i Célestins“, które przez zawartość soli sodowych, chlorków i kwasu węglowego nadają się do leczenia w domu lub podczas podróży. W szklance wody rozpuszcza się 2—3 kołaczyki, przez co powstaje płyn smaczny i orzeźwiający. Dawkę taką należy zażyć 3 razy dziennie w ½ godziny po jedzeniu.